Reforma sanitária brasileira

contribuição para a compreensão e crítica

Jairnilson Silva Paim

EDUFBA
EDITORA
FIOCRUZ
JAIRNILSON SILVA PAIM
Reforma Sanitária Brasileira
Contribuição para a compreensão e crítica

Reforma Sanitária Brasileira

Contribuição para a compreensão e crítica

JAIRNILSON SILVA PAIM

Reforma Sanitária Brasileira

Contribuição para a compreensão e crítica

Edufba | Editora Fiocruz
Salvador, Rio de Janeiro, 2008

1ª Edição: 2008
1ª Reimpressão: 2010

CAPA E PROJETO GRÁFICO
Gabriela Nascimento

EDITORAÇÃO
Gabriela Nascimento

REVISÃO
Flávia Garcia Rosa
Nídia Lubisco

Biblioteca Central Reitor Macedo Costa - UFBA

O482 Paim, Jairnilson Silva.
Reforma sanitária brasileira : contribuição para a compreensão e crítica / Jairnilson Silva Paim. – Salvador : EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
356 p.

ISBN 978-85-232-0529-4

1. Saúde pública - Pesquisa - Brasil. 2. Política de saúde - Brasil - História. 3. Medicina social - Brasil. 4. Reforma sanitária - Brasil. I. Título.

CDD – 362.1

A pesquisa que resultou neste livro recebeu o apoio do CNPq.

Para Teca, inclusive por me convencer que valia a pena.
A Marcele e Maurício, por seguirem ensinando.
E ao Luquinha, com quem continuo aprendendo.

Sumário

Prefácio

Saúde Coletiva: um campo vivo

Na trilha da melhor referência de pensamento crítico, Jairnilson Paim nos brinda com um texto de imenso valor. Não que tal qualidade seja inusitada em sua obra. Pelo contrário, Jairnilson pertence, sem dúvida, ao que existe de melhor na produção da Saúde Coletiva. Há, neste texto, contudo, algo novo que quero comentar, além dos dados, ângulos de análise ou interpretações originais. Tudo isto, também. Afinal, esta tem sido a marca de toda a produção do autor: ela acrescenta e se move.

Não é apenas nesta dimensão de um novo estudo, portanto, que aqui reside a diferença. Chama-me a atenção sua qualidade de obra da maturidade, que, ao examinar centralmente a Reforma Sanitária Brasileira, aborda e reflete sobre um campo – a Saúde Coletiva – já também maduro. O balanço feito sobre o desenvolvimento dessa Reforma e, sobretudo, o que nele é, enquanto crítica, considerado e argüido, são os aspectos que nos mostram a maturidade. A maturidade do pensador, por meio de seu texto, revela a do próprio campo.

Eis que, então, o leitor dá-se conta de que já há toda uma história, uma época que se consolidou, um vivido que se fez passado. Tão passado que permite ao pensador a questão: será a Reforma

Sanitária Brasileira uma promessa não cumprida? E valendo-se do pensamento histórico de base marxista, tal como nossos primeiros intelectuais da Saúde Coletiva e formuladores do campo, é no resgate da história dessa Reforma, reavivando os valores e ideais de origem e tecendo nova interpretação na leitura de seu processo, que o autor nos responde positivamente: sim, parte da proposta que conformou o discurso da Reforma Sanitária Brasileira, à medida que se instituiu em projeto e desdobrou-se em ação, rendendo-lhe um dado processo, institucionalizou-se por "filtros". Adentrou e foi incorporada ao Estado e como questão deste deixou-se dominar por sua face administrativa, devotada a preservar um Sistema de Atenção.

Tal afirmação não é gratuita. Respeitando, nesse sentido, o que já se fez tradição da Saúde Coletiva, Jairnilson, o pesquisador, com preciosos cuidados metodológicos, brinda-nos com o que o campo busca instituir de melhor: a ciência engajada com a transformação social e nem por isso menos científica; e o diálogo entre saberes, articulando a Medicina à Saúde Pública e ambas ao social e que, do reconhecimento da insuficiência de ciências isoladas, ou de suas disciplinas, busca satisfazer tão pretensiosa formulação de campo, qual seja, a conceituação e a prática da Integralidade em Saúde.

Antes que o leitor pense que fui muito longe, destaquemos das palavras do autor não apenas o desejo e a bonita realização em texto da construção de um objeto de estudo e da pertinente metodologia eleita. Principalmente, destaquemos sua capacidade de bem tecer as palavras em pensamento fecundo e pleno de conhecimento científico acerca do sanitário e do social. Nele, a objetividade não é neutra, mas perpassada por sua "conexão sentimental" com a Reforma Sanitária Brasileira, como se declara o autor. Por isso mesmo, seu empreendimento é da maior responsabilidade ética e política com o campo, na consistência de estudo e densidade interpretativa do objeto. Que se demonstre estudo científico, em todo seu rigor e em todo o envolvimento do pesquisador com o objeto pesquisado – a reforma brasileira da Saúde – é, pois, o cerne dessa responsabilidade de compromisso com a ciência e com a política. E o texto, em seus passos e construções reflexivas

é, em tudo, pedagógico para o leitor, no melhor enquadramento da pedagogia dialógica. Assim, instiga a dúvidas, suscita debates e impõe ao leitor considerações e posicionamento. Tampouco o leitor restará neutro!

Destaquemos, ainda, que estamos diante de uma linguagem construída na e para a reflexão teórica. Os termos que antes utilizei e extraídos do próprio texto – a **proposta** da Reforma, seu **projeto**, o **processo** vivido em seu **movimento** histórico – não são, pois, mero uso da língua, mas conceitos de uma perspectiva histórica em que se relaciona o plano discursivo e suas modificações com a práxis social e suas modificações. Conceitos esses, por sua vez, articulados com teorias acerca da **mudança social** e das perspectivas políticas em fazê-lo, tratando das **reformas** em sociedades.

De um lado, essas referências permitem argüir a passagem de um a outro daqueles planos e, como diria o poeta, verificar "se há distância entre intenção e gesto". Também permitem, dos gestos, dos comportamentos concretos e cotidianos dos sujeitos agentes da Reforma Sanitária Brasileira, indagar-se a intenção. Na esfera desta, por sua vez, o quadro teórico-conceitual permite explorar as amarras sociais e os limites dessa intenção e perguntar-se: afinal, o que são reformas? O que são mudanças no curso de uma história e até que ponto podem elas alterar a socialidade estabelecida e vivida em contínua reprodução, ainda que em contínuos conflitos também nessa reprodução. Estas são questões respondidas pelos quadros referenciais que amparam o estudo. Dão base, pois, a que o autor se aproxime da Reforma Sanitária Brasileira, em sua origem e em seu processo, identificando e explorando seus múltiplos possíveis instituintes. Nas origens, ambiciosos futuros, e no presente, perdas de passado, ou o que antes designei por "filtros". A eles voltarei mais adiante, posto que se encontram no cerne deste estudo. Em outros termos, trata-se das possibilidades e ao mesmo tempo dos limites que o cotidiano da vida social adscreve às reformas, ou melhor, a seus projetos.

De outro lado, essas referências teóricas sobre as reformas sociais não são quaisquer. Apóiam-se em Heller, da Teoria das Necessidades

em Marx, e em Gramsci e não por acaso. A sabedoria da escolha destes autores dá-se exatamente enquanto pensadores, eles próprios, que articulam nas reformas, as **necessidades sociais** e a posição (de responsabilidade social e para com as mudanças, ou não) do **intelectual de projeto**.

Assim o é quando Heller define "necessidades radicais" (HELLER, 1986). Operando uma classificação de contraste com as não radicais, associa-as ao potencial de revolucionar todo o modo de vida ou apenas reformá-lo, ainda que, além de uma reforma meramente parcial e de qualidade limitada de mudança, se possa encontrar a "reforma geral", persistência histórica em continuamente perseguir uma melhor mudança social. E para este movimento se faz necessário um contínuo atentar para as **necessidades radicais**. Em outros termos, quais seriam as necessidades que impulsionariam reformas tecnológicas e assistenciais. Vou além. Apóio-me em Mendes-Gonçalves (1992), em sua contribuição inovadora acerca das "necessidades sociais em saúde" já em conexão com as práticas profissionais do trabalho em saúde, o que tem sido ainda pouco explorado em pesquisas no campo. Nesse plano, alerto para a questão de que, para uma "reforma geral" da esfera sanitária que leve em conta também seu modo tecnológico de praticar (ou modelo tecnológico), com seu correlato modo de prover assistência (ou modelo assistencial), será imprescindível perceber e tomar esses modelos, eles próprios, como instauradores e/ou reprodutores de necessidades (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996). E estas podem ser "radicais", estimulando mudanças contínuas, ou "não radicais" e, então, conservadoras dos modelos hegemônicos e tradicionais de Medicina ou de Saúde Pública. Portanto, atentar para a qualidade de mudança em termos de seu modelo assistencial será atentar para a qualidade de necessidades em saúde a que se está estimulando a partir da produção dos serviços, tal como Jairnilson mesmo já desenvolveu em outros estudos (PAIM, 1993).

A qualidade da mudança também está em juízo, quando Gramsci ressalta os tipos de compromisso/identidade de sujeito e a dimensão ético-moral subjacente a seus projetos de atuação social, seja para

reformar ou para conservar (GRAMSCI, 1986, MACCIOCCHI, 1976). A tipologia, neste caso, ressalta o sujeito e seu posicionamento, primeiro ético e, depois, político. Permite, assim, como em Heller, que lancemos mão de conceitos que modulam a mudança, com apreciações de realidades vividas quanto às conquistas efetivas diante do idealizado em propostas e acionado em projetos. O conceito gramsciano de "revolução passiva" é utilizado para interpretar e compreender o processo da Reforma Sanitária Brasileira, falando do quanto conquistou relativamente à sua proposta original, pois a revolução passiva é aquela mudança em que uma parte das transformações no modo social de vida é perdida, em conseqüência às disputas internas de distintos projetos de mudança no processo transformador. Ou nos dizeres do autor:

> [...] A RSB representa um *projeto de reforma social* [....]*,* concebida como *reforma geral,* tendo como horizonte utópico a *revolução do modo de vida,* ainda que parte do movimento que a formulou e a engendrou tivesse como perspectiva apenas uma *reforma parcial*.

Ora, a imensa relevância dessas escolhas de referencial teórico está em satisfazer o que o campo da Saúde Coletiva instaurou, de raiz, como suas próprias necessidades, quando buscou instituir-se com a qualidade de projeto duplamente reformador: quanto à crítica das necessidades em saúde culturalmente dadas e o modelo assistencial vigente de satisfazê-las, na assistência médica (modelo biomédico, liberal e privatizante da produção dos serviços e elitista no acesso) e na saúde pública (modelo da educação sanitária, de cunho liberal-individualizante no que concerne às práticas de prevenção); e quanto à crítica da alienação social e política da face técnico-científica do campo. Exploremos melhor a questão.

Primeiro, há que se considerar que a Saúde Coletiva não diz respeito às questões sociais e de Estado a não ser por meio, direta ou indiretamente, daquelas que são médicas e sanitárias. Assim, não há aqui como fugir à relação saber-poder e saber-práxis, em que o saber é, neste caso da Reforma Sanitária, de uma dupla ordem: o ético-

político e o técnico-científico. Buscam-se, desse modo, respostas às questões do Estado em sua assistência à população, discutindo-se o poder e sua democratização ou as desigualdades sociais e a melhor equidade. Todavia, isto implica, sem dúvida alguma, a busca simultânea de resolver os adoecimentos, propor suas prevenções e elaborar a promoção da saúde, quer pelo melhor acesso ao potencial médico-sanitário já dado, quer pela crítica a este. A democratização da sociedade situa-se, pois, na relação direta com o biopoder, poder dos médicos e do complexo médico-industrial (CORDEIRO, 1984) que esses profissionais ajudaram a criar em suas atribuições de intelectuais do projeto social contemporâneo: a sociedade capitalista. Ou como afirmou Foucault (1984), trata-se de lidar com as estratégias biopolíticas da modernidade. Interpretar e compreender o saber das distintas ciências que hoje dão base às práticas em saúde enquanto estratégias também dessa ordem é aproximar-se do saber técnico-científico enquanto dotado de um dado projeto ético-político de construção da vida social, tal como já apontara Donnangelo (DONNANGELO; PEREIRA, 1976) e Mendes-Gonçalves (1992, 1994). A política e suas questões – como o próprio Jairnilson sempre trabalhou e bem coerente com a referência gramsciana – não está à margem ou adjetivada ao agir profissional: está nele. Em outros termos, todo profissional, conceba-o ou não, é ator-autor, sujeito de um projeto a que processa em seu cotidiano laboral.

Outra consideração a se fazer diz respeito aos sujeitos da Saúde Coletiva e o projeto deste campo. Ele se situa, de um lado, na tensão entre a crítica contra-cultural de ordem técnico-científica e a democratização dos modelos médico e sanitário cientificamente tradicionais, em ambos os casos disputando hegemonia com o modelo dominante (cientificamente tradicional e socialmente elitista). De outro lado, temos as origens desse campo, desenvolvido sempre em compromisso com a democratização e lutas pelos direitos humanos e sociais, assim como no entrelaçamento da crítica à Saúde Pública com aquela, inspirada na Medicina Social (NUNES; GARCIA, 1985), feita às propostas de Reforma Médica. Vale dizer, uma reorientação

da Saúde Pública tradicional para articular-se às propostas de transformações da medicina, que, fragmentada, deveria voltar-se para o todo biopsicossocial e articular o individual ao coletivo, por meio de uma releitura mais voltada ao social dos projetos, primeiro, da Medicina Preventiva e Integral e, posteriormente, o da Medicina Comunitária. Eis porque na Saúde Coletiva não temos uma Saúde Pública sem uma Medicina Preventiva, assim como não temos uma Medicina Preventiva independente das questões de Saúde Pública. A Saúde Coletiva (e só assim se define no Brasil) é campo, pois, de muitas raízes: não à toa um de seus grandes intelectuais de projeto, Arouca (2003), tal como bem dele se vale Jairnilson neste texto, estudou a proposta preventivista como um dilema entre a raiz médica, de visão liberalista e individualizante, e o cuidado com a "questão pública", conexa a um compromisso social pelo qual a Saúde como campo deveria responder.

Não podemos esquecer, porém, que tal aliança da Saúde Coletiva com a democracia e os direitos humanos e sociais deve-se ao fato histórico de que se gesta o campo em plena década de turbulências sociais e movimentos reivindicatórios, dentro da luta contra a ditadura brasileira e pela reforma social, no período 1967 a 1977. São de 1967-69 as criações dos Departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas, momento de origem também da noção de Integralidade, na raiz "medicina integral", e que, modificada em outras elaborações, permeará toda a proposta da Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, esta reforma, como bem formula o autor, não se reduz, em sua idéia original, a ser uma proposta de política de saúde, senão através desta, uma democratização da vida social, para o que deveria implicar-se em uma reforma democrática do Estado. A Reforma Sanitária Brasileira, portanto, não se reduzia a uma política de proteção social ou a uma reforma setorial (da Saúde), buscando uma "reforma geral" da sociedade brasileira. Lembremos, nesse sentido, de seus constantes subtítulos: melhoria das condições de saúde (entenda-se, necessidades em saúde) e da qualidade de vida da população brasileira (entenda-se um projeto de socialidade).

É no sentido da perda desses subtítulos, que o autor reclama da promessa não cumprida. Como ou por quais razões, de natureza política, ideológica e histórica, deixo ao leitor descobrir, na boa e agradável leitura deste texto. Todavia, creio que já se pode antever, neste momento, a mencionada questão dos "filtros" histórico-políticos a que antes me referi. Extraí esta idéia de dois autores: Luiz Antonio Cunha e Luiz Pereira.

O primeiro, de quem me vali ao estudar as propostas de Reforma Médica (Medicina Preventiva, Integral e Comunitária) por via da reforma das escolas médicas, ilustra bem esta idéia de filtros, pela face ideológica das propostas de reformas parciais quando, ao criticar os que pretendiam se aplicar à relação educação – desenvolvimento social no Brasil apenas por meio da mudança da *educação escolar*, mostra-os como os que "[...] generosamente acreditam ser a educação escolar o caminho para a construção de uma sociedade aberta. Pensando assim e agindo conforme, eles rejeitam (implícita ou explicitamente) as condições de vida existentes. Mas, ao pretenderem transformá-las pela educação escolar alimentam as ideologias que amparam e dissimulam as mesmas condições de vida que rejeitam. Reforçam, então, paradoxalmente aquilo que desejam enfraquecer." (CUNHA, 1975).

Já Luiz Pereira, autor do apêndice ao excelente texto de Donnangelo, no livro Saúde e Sociedade (DONNANGELO; PEREIRA, 1976), estudo inaugural da Saúde Coletiva, ao examinar processos de reformas de políticas públicas para o desenvolvimento social do país, nos anos 1940-50 (PEREIRA, 1965), mostra a face política desses filtros. Pois, quando proposições radicalmente transformadoras da sociedade e questionadoras da ordem do Estado são a ele incorporadas, vêem-se "filtradas" exatamente de seu potencial mais revolucionário, a fim de não impedirem o funcionamento cotidiano do Estado e do que, enquanto unidade nacional, este Estado provê a todos.

Propostas mais radicais terminam, pois, por se reduzirem a "reformas parciais". Resta, no entanto, a questão do reconhecimento crítico dos "filtros" e, diante desse reconhecimento, a sabedoria das negociações.

Eis aqui o problema crucial a que nos conduz Jairnilson ao longo deste estudo: haverá sempre filtros? E temos como reconhecê-los? Acaso não são eles, mesmo que em algumas vezes mais amenos, noutras, mais intensos, sempre algo que se "perde", abrindo-se mão de certas dimensões das mudanças exatamente nas negociações de reforma quando esta se dá pela via democrática e não autoritária?

Pode-se pensar, por aí, que não há outra maneira de se implantarem mudanças em regimes democráticos, pois reformas sem negociações apenas ocorrerão em regimes ditatoriais e, mesmo assim, se rapidamente as mudanças não são legitimadas, por meio das negociações democráticas, não há como preservar o "conquistado". Não ao longo dos tempos, como nos mostram as muitas histórias das revoluções.

O autor, porém, providencia-nos uma saída deste conflito: se não se pode falar em conquista total e final na via democrática das reformas, é porque tampouco se pode falar em seu término, um "total final". Uma reforma, nesse processo, nunca termina; é sempre "em processo"! Daí a importante e feliz escolha teórica do autor, assumindo o conceito de "reforma geral", que traz a idéia de movimento, história sempre em curso. Daí também a qualidade politicamente otimista que marca a crítica formulada, endossando a própria democracia: o campo que se prepare, pois ainda há muito por fazer em matéria de Reforma Sanitária.

Em minha opinião, nisto se revela a maturidade de pensamento, pois eis a vida de um campo nos sendo apontada; eis o que mantém a Saúde Coletiva viva. Jairnilson o mostra de modo claro, afirmando que a Reforma Sanitária ainda "está aí".

Mas não nos enganemos com a aparência primeira de um "estar aí" e, sim, o tomemos reflexivamente. É, sem dúvida, uma crítica à acomodação de certas conquistas que já se vão tornando a tradição do campo – e persistir sempre nas mesmas questões vai apenas ao encontro de preservar o tradicional, o que é importante enquanto mudança havida, mas insuficiente para melhorar sua qualidade. De outro lado, esse "estar aí" é também uma crítica às mudanças

sem conquistas, a uma espécie de "tudo ou nada", como contínua proposição de mudanças por si só. Ou seja, aquele movimento em que nada se cristaliza, impedindo-se a vivência de propostas implantadas. Sem essa implantação não é possível reconhecer, pela experiência da reforma, quais foram os filtros ocorridos na revolução idealizada.

O "estar aí" da Reforma Sanitária Brasileira é, assim, algo vivo, representando a própria vida da Saúde Coletiva, com um passado e um futuro a serem reconhecidos neste presente. Afinal, um campo para ter vida requer duas faces em permanente tensão. Inspirada em Bonder (1998), eu diria que requer um "corpo moral", em que reconhecemos ética e politicamente a Saúde Coletiva como certo conjunto instituído de saberes e práticas e que por este corpo moral se conserva. Mas, tanto quanto a este, requer uma "alma transgressora", que a esse corpo modifica. Esta tensão é a vida do campo.

O "estar aí" da Reforma Sanitária Brasileira é, assim, este novo, com o que poderemos, de novo, tratar dessa reforma sem apenas conservarmos uma tradição. Por isso, também, de novo poderemos fazer uma tradicional pergunta: de que é mesmo que trata o campo da Saúde Coletiva?

São Paulo, Julho 2008

Lilia B. Schraiber
Médica, professora livre-docente em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo, no cargo atual de Professora Associada da Faculdade de Medicina da USP junto ao Departamento de Medicina Preventiva.

Referências

AROUCA, S. *O dilema preventivista*: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp, Rio de Janeiro: FioCruz, 2003.

BONDER, N. *A alma imoral*: traição e tradição através dos tempos. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

CORDEIRO, H. *As empresas médicas*: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CUNHA, L.A. *Educação e desenvolvimento social no Brasil*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península, 1986.

MACCIOCCHI, M.A. *A favor de Gramsci*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1994.

______. *Práticas de saúde*: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 - Série Textos).

NUNES, E.D.; GARCIA, J.C. (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina*: tendências e perspectivas. Brasília: Opas, 1985.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993.

PEREIRA, L. *Trabalho e desenvolvimento no Brasil*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1965.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

Apresentação

> O erro do intelectual consiste em acreditar que se possa *saber* sem compreender e, principalmente, sem sentir e estar apaixonado (não só pelo saber em si, mas também pelo objeto do saber), isto é, em acreditar que o intelectual possa ser um intelectual (e não um mero pedante) mesmo quando distinto do povo-nação, ou seja, sem sentir as paixões elementares do povo, compreendendo-as e, portanto, explicando-as e justificando-as em determinada situação histórica, bem como relacionando-as dialeticamente com as leis da história, com uma concepção do mundo superior, científica e coerentemente elaborada, com o 'saber'; não se faz política-história sem esta paixão, isto é, sem esta conexão sentimental entre intelectuais e povo-nação (GRAMSCI, 1999, p. 222).

O pensamento do filósofo militante pode facultar um diálogo com os leitores deste trabalho. A sua natureza acadêmica não deve ocultar a paixão do autor pelo tema ao pretender contribuir com a sua compreensão e crítica. Não se trata apenas de objetivar um sujeito supostamente objetivante, como recomendam os que exercem o ofício de sociólogo. Isto é necessário, mas não suficiente. Trata-se de reafirmar uma "conexão sentimental" com as lutas sociais do povo brasileiro, admitindo que certos intelectuais podem ser seus aliados fundamentais quando dedicam as suas vidas a determinadas causas para as quais valha a pena lutar.

Assim é a Reforma Sanitária Brasileira e por isso o estudo segue um caminho inspirado na tese *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Além de uma homenagem ao intelectual, militante e amigo Antônio Sérgio da Silva Arouca, falecido em 2003, trata-se de um justo reconhecimento por duas grandes obras que legou à sociedade brasileira: a tese de doutorado e o projeto da Reforma Sanitária. No primeiro, realizou um giro crítico sobre a Medicina Preventiva, propiciando uma prática teórica e uma prática política, cuja síntese se expressa na Saúde Coletiva, como campo de conhecimento e âmbito de práticas. Quanto a segunda obra, Arouca se revelou como um dos seus mais brilhantes autores e atores, seja na formulação, seja na construção.

A idéia deste estudo surgiu de um caminho inesperado, juntando Sérgio Arouca e o João Ubaldo Ribeiro. Do primeiro apareceu o subtítulo, derivado do título da sua tese de doutoramento. Do segundo saiu uma tática do seu jeito de escrever: primeiro inventando o título e depois tecendo o texto. Espero ao longo do livro corresponder pelo menos ao débito da investigação em relação à tese de Arouca. Quanto ao escritor baiano, continuo lhe devendo a ironia com que trata os poderosos do dia e o que aprendi com *Viva o povo brasileiro*.

A pergunta inicial pode parecer extremamente complexa e pretensiosa: por que a Reforma Sanitária Brasileira não cumpriu o que prometeu? Ao lado da preocupação de apresentar certas evidências empíricas, o estudo procura fundamentar a tese segundo a qual a proposta da Reforma Sanitária corresponde a uma reforma social, explicitando algumas questões sobre seus limites e possibilidades. Confesso, todavia, que não considero este trabalho suficiente para explicar os problemas e desafios da Reforma Sanitária. O tempo em que foi realizado e o recurso exclusivo à pesquisa documental podem comprometer a análise de certos fatos e favorecer equívocos na interpretação de outros. Não é fácil tornar estranho um objeto familiar e sempre se corre o risco da "ilusão da transparência", como ensinam os cientistas, preocupados com aspectos epistemológicos e metodológicos da investigação em ciências sociais.

Fui um dos fundadores do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), participando lateralmente em algumas das gestões e militando desde 1976 no movimento da democratização da saúde, conhecido como "movimento sanitário". Não fui um dirigente político mas fiz política, nessa perspectiva, em diferentes espaços com distintos sujeitos. Redigi alguns dos textos que se transformaram em posições públicas das entidades do movimento, algumas delas examinadas neste estudo. Enfrentei, também, algumas polêmicas, orais ou escritas, com companheiros, dirigentes ou adversários. Não sou um cientista político, mas como militante e intelectual sinto-me obrigado a buscar a contribuição das ciências sociais para analisar os impasses da Reforma Sanitária Brasileira. Portanto, sei que não posso ser neutro neste livro, mas tenho o dever de ser o mais objetivo possível. Daí o esforço de buscar, o máximo que pude, documentos e publicações para ilustrarem fatos e interpretações, cotejando com outros existentes.

Para o leitor ainda não iniciado na idéia de democratização da saúde, nem na proposta da Reforma Sanitária, mas tendo ouvido falar de Sistema Único de Saúde (SUS) – ainda que mal, o livro apresenta certos antecedentes dessa reforma e analisa a conjuntura em que foi concebida. E para os leitores que participaram do movimento sanitário e até o presente investem o melhor de si na defesa e realização do direito à saúde para as cidadãs e cidadãos, brasileiras e brasileiros, o livro procura apresentar elementos que apontem certos impasses e possibilidades, apoiando-se em contribuições teóricas marxistas e numa análise crítica do desenvolvimento da sociedade e do Estado no Brasil.

Produto de uma pesquisa que dispensava o trabalho de campo, a elaboração deste livro contou, entretanto, com um conjunto de pessoas que, generosamente, contribuíram de forma direta ou indireta para a sua finalização. Nesta oportunidade quero agradecer a todas essas pessoas ainda que o espaço não permita registrar todos os seus nomes.

A Carmen Teixeira, por acolher, com grande entusiasmo a idéia deste trabalho, colocando-se à disposição para as reflexões necessárias.

A sua interlocução permanente ajudou-me e comoveu-me em todo o percurso.

A Solange Viana, pelas visitas cuidadosas aos relatórios das conferências nacionais de saúde e editoriais do Cebes e da Abrasco, além das discussões calorosas sobre as interessantes descobertas.

A Creuza, pela colaboração nas revisões da literatura e das referências bibliográficas, e ao Marcelo Rocha, pelo apoio na consulta ao *banco de teses* da Capes.

A Ana Cristina e Néa, pela paciência diária e "arte final" da digitação.

A Inês Dourado, Lígia Vieira da Silva, Conceição Costa, Glória Teixeira e Sebastião Loureiro, pelo afeto de sempre.

Introdução

> Não tenho medo de que meu tema possa, em exame mais detalhado, parecer trivial. Receio apenas que eu possa parecer presunçoso por ter levantado uma questão tão vasta e tão importante (CARR, 2002, p. 44).

Em conferência proferida no 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado no Rio de Janeiro em 1986, o intelectual e senador do então Partido Comunista Italiano (PCI), Giovanni Berlinguer, indagou: – *O que é uma Reforma Sanitária*?

Destacando que as revoluções e as reformas não se exportam, defendeu a idéia de estudar a história das "reformas sanitárias" e enumerou um conjunto de aspectos que poderiam ser investigados: os conhecimentos científicos; as avaliações das doenças e dos direitos dos homens; as profissões e as formas de organização sanitária; a consciência popular; e a integração entre saúde e sociedade. Desse modo, mencionou algumas reformas ou revoluções: a *reforma hipocrática* que separou as ciências médicas da religião e a profissão médica do sacerdócio, além de estabelecer uma ética própria para os médicos e de reconhecer as relações entre saúde, ambiente e instituições políticas, bem como a norma como forma de prevenção; a *Reforma Sanitária* da passagem do século XIX para o XX, com o

desenvolvimento das ciências médicas, descobrimentos no campo das doenças infecciosas e do trabalho, condições de vida nas cidades, relação entre moradia e doença, incluindo as contribuições do *Capital* de Marx, de químicos como Pasteur e de cientistas como Oswaldo Cruz. Ressaltou, ainda, uma fase nova de Reforma Sanitária envolvendo a tendência contraditória de conquistar o direito universal à saúde e construir serviços nacionais ou sistemas integrados de saúde (BERLINGUER, 1987).

Nessas reformas sanitárias contemporâneas haveria dois exemplos históricos de construção: como *conseqüência* de uma revolução política e social (China e Cuba) ou como parte de um *processo* vinculado a uma revolução democrática, no qual as classes trabalhadoras e a intelectualidade comprometida poderiam exercer um papel de vanguarda.

Antes de Cuba organizar o sistema de serviços de saúde mais bem estruturado entre os países das Américas, após 1959 (ROJAS OCHOA; LÓPEZ SERRANO, 2000) e a China valorizar a medicina tradicional com a moderna, utilizando em larga escala os chamados "médicos de pés descalços" (DROBNY, 1974), cabe mencionar a reestruturação dos serviços de saúde realizada após a Revolução Bolchevique na Rússia, em 1917, incluindo o setor saúde nos planos qüinqüenais (LISSÍTSINE; BATÍGUINE, 1980).

No segundo grupo poderia ser citada a implantação do *National Health Service* no Reino Unido em 1948, primeiro sistema estatal em país capitalista e uma das conseqüências do Relatório Beveridge de 1942, que fundamentou o *Welfare State*, além das reformas canadense (1974) e daquelas resultantes da queda das ditaduras da Espanha e de Portugal naquela mesma década (ROEMER, 1985). A Itália foi incluída nesse segundo grupo de países, podendo "ser considerada um dos caminhos da 'longa marcha' através das instituições e do processo de transformação da sociedade e o Estado" (BERLINGUER, 1987).

No caso do Brasil, surgiu em meados da década de 70, um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a

ditadura. Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 (FLEURY, 1997). A conquista da democracia em 1985 possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano seguinte. Nesse evento, reafirmou-se o reconhecimento da *saúde como um direito de todos e dever do Estado*, recomendando-se a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação).

A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização da saúde que naquela época cunhou o nome de *Reforma Sanitária*, concebida nos seguintes termos:

> Discutir a REFORMA SANITÁRIA nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental de todos aqueles que, em diferentes países como o Brasil, Itália, Bolívia, Espanha, Portugal etc. estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela Reforma Sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil (AROUCA, 1989b).

Passadas duas décadas da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e do 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e ao completar 20 anos da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, que incorporou muitos dos valores, princípios e proposições do movimento sanitário, cabe analisar a situação concreta vivida pela sociedade no início do século 21, no que tange à proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), procurando responder a um conjunto de questões: o que se entende como Reforma

Sanitária? Quais as suas bases conceituais, teóricas e políticas? Em que condições foi criada e formulado o *projeto*? Quais as estratégias pensadas e acionadas no momento da formulação e da implantação? Que dilemas enfrentou na sua concepção e no seu *processo*? Seria a Reforma Sanitária Brasileira uma *promessa não cumprida* pelas forças políticas que apostaram no processo de redemocratização do país? Que perspectivas se colocam, atualmente, para tal *projeto*?

As publicações disponíveis, de um modo geral, têm enfocado a Reforma Sanitária na perspectiva da implantação do SUS (SOUSA, 1996, LOBATO, 2000, CORDEIRO, 2004), da equidade (COHN; ELIAS, 2002), dos atores sociais (LOBATO, 1994, VASCONCELOS, 1997) e, da política de saúde ou política social (GERSCHMAN, 1989, PEREIRA FILHO, 1994, RODRIGUES, 1999, GRYNSPANM, 2005). O próprio movimento sanitário, reconhecido como um ator central de sustentação para a RSB, foi investigado da sua emergência até o início da década de 90 (ESCOREL, 1998), mas pouco analisado na conjuntura pós-constituinte (GERSCHMAN, 1994, MISOCZKY, 2002). Conseqüentemente, a análise do significado e da viabilidade do projeto da RSB exige uma reflexão sobre o seu *processo*, na passagem da década de 90 para a primeira do século XXI. Autores que estudaram, especificamente, o desenvolvimento da RSB registraram dificuldades e impasses para a sua implementação (GERSCHMAN, 1995, SOUSA, 1996, VASCONCELOS, 1997), chegando a questionar “o motivo pelo qual a Reforma Sanitária havia fracassado em sua perspectiva contra-hegemônica” (GALLO, 1995, p. 51). Essas questões podem estar indicando que a RSB não se enquadra completamente no que se convenciona chamar de políticas sociais (ou de proteção social), nem se limita ao tópico das políticas de saúde (GERSCHMAN, 1995, LOBATO, 2000).

Esses estudos têm recorrido às teorias sobre política social para analisar o *processo* da RSB, “tanto no que diz respeito à sua formulação [...] como no que se refere ao processo de implantação” (GERSCHMAN, 1989, p. 21) ou tomam como foco movimentos sociais em saúde (GERSCHMAN, 1995, p. 15), não a Reforma Sanitária “em si”.

Restringiam-se a uma concepção de reforma setorial, deixando de considerar mudanças mais amplas que a RSB ambicionava na construção da transição democrática.

Ainda que parte da implementação da RSB possa ser traduzida por políticas de saúde, a exemplo da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sua concepção e sua formulação transcendem às políticas estatais. Do mesmo modo, apesar de ter como sujeito coletivo o "movimento sanitário", as origens e desenvolvimento da RSB não permitem enquadrá-la, facilmente, no conjunto de pesquisas contempladas pelas teorias dos movimentos sociais (GOHN, 2004). Também o recurso ao conceito de corporativismo depara-se com certas dificuldades diante da especificidade do movimento sanitário:

> O movimento sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses [...]. O que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar, além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos [...]. O movimento se identifica como condutor das aspirações de grupos de consumidores, de usuários dos serviços de saúde enquanto cidadãos (VAITSMAN, 1989, p. 153-154).

Portanto, esses estudos sobre a RSB (GERSCHMAN, 1989, 1995, VAITSMAN, 1989, ESCOREL, 1998) deram ênfase ao movimento sanitário, admitindo o movimento médico e o movimento popular em saúde como componentes dos "movimentos sociais em saúde". Do mesmo modo, os *positions papers* e ensaios publicados sobre a Reforma Sanitária não tiveram o fôlego suficiente para sistematizar os fundamentos, discutir as suas eventuais debilidades de concepção e de formulação, bem como de analisar os obstáculos para a sua implementação. Enquanto multiplicam-se os estudos sobre o SUS e certos componentes como financiamento, controle social, gestão (AYRES, 2000, LEVCOVITZ *et al.*, 2003, PAIM; TEIXEIRA, 2006), são relativamente poucas as iniciativas que tomam a RSB, em si, como objeto de investigação. Foram localizadas 18 dissertações ou teses no banco da Capes com a expressão Reforma Sanitária integrando o

título do estudo. Ainda assim, a maioria dessas pesquisas centrava-se no SUS.

A literatura internacional tem concedido um destaque maior para as reformas setoriais,[1] inclusive em países da América Latina.[2] Ainda que certos autores utilizem a expressão "reforma sanitária", na realidade referem-se a reformas setoriais ou reformas do setor saúde (MENDES, 2001). Este autor, por exemplo, faz uma revisão de tipologias e gerações de reformas para em seguida propor uma "reforma da reforma sanitária brasileira".

Desse modo, cabe uma distinção inicial entre reforma sanitária e reforma setorial. Não se pretende nenhum preciosismo semântico, mas apenas alertar o leitor para o fato de que uma reforma pode pretender transcender o setor, ainda que tenha como referência a saúde. Desse modo, podem-se distinguir as reformas que privilegiam mudanças no sistema de serviços de saúde (reforma no setor saúde) e aquelas outras que, reconhecendo os sistema de serviços como uma das respostas sociais, pretendem intervir de forma ampla no atendimento das necessidades de saúde, com vistas à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população (reforma sanitária).

Na região das Américas, a expressão reforma do setor saúde tem sido utilizada no sentido de descrever processos voltados para mudanças nas funções setoriais com vistas à eficiência, efetividade e equidade, tendo como propósito atender as necessidades de saúde das populações (EDITORIAL, 1999).

Nessa direção, cinco princípios orientadores têm sido acionados para essas reformas planificadas: equidade, qualidade, eficiência, sustentabilidade e participação social. As tentativas de acompanhamento dessas iniciativas indicam que a natureza das reformas é muito diversa, com variações no conteúdo e na dinâmica das mudanças (INFANTE *et al.*, 2000). Na América Latina, as reformas em saúde podem ser analisadas considerando o *timing* em relação ao processo de redemocratização e às políticas de ajuste macroeconômico. No caso brasileiro, por exemplo, a proposta de reforma surgiu durante a redemocratização do país, anteriormente às políticas de ajuste. Já na

Argentina, a reforma ocorreu depois da redemocratização e durante o ajuste estrutural, enquanto no México o processo situou-se no período posterior à crise econômica e antes da ampliação da democracia.[3]

Mais recentemente, alguns autores admitem a Venezuela, com o programa denominado *Misión Barrio Adentro*, como a única alternativa, junto a Cuba, contra a tendência neoliberal de reformas setoriais que teriam afetado *todos* os países da América Latina (MUNTANER *et al*., 2006). Essa opinião parece ignorar a experiência brasileira, pois apesar das tentativas de influência dos organismos internacionais, particularmente o Banco Mundial, para realizar reformas setoriais orientadas para o mercado (JASSO-AGUILAR *et al*., 2004), o Brasil formulou o seu *projeto* de Reforma Sanitária na década de 80 com um sentido completamente diverso. A reforma não decorreu de uma iniciativa das áreas econômicas do Poder Executivo nem de uma indução internacional, como no caso da Colômbia, nem de um processo revolucionário como Cuba (DE VOS *et al*., 2006), mas desenvolveu-se numa conjuntura de transição democrática, com ampla participação da sociedade civil.

Na presente década, o monitoramento e a investigação das reformas do setor saúde na América Latina e Caribe (ORGANIZACIÓN..., 2001) tem conduzido a uma *Nova Agenda de Reformas Setoriais*, contemplando distintas estratégias e políticas, a saber:

> 1) reduzir as iniqüidades na área de saúde; 2) aumentar a solidariedade no financiamento; 3) direcionar intervenções às populações vulneráveis; 4) utilizar modelos de atenção baseados na promoção da saúde e prevenção de doenças; 5) promover a saúde pública; 6) promover o desenvolvimento abrangente e sustentável dos recursos humanos na área de saúde; 7) fortalecer a Função Gestora; 8) promover a Expansão da Proteção Social em saúde (RIVAS-LORIA *et al*., 2006, p. 7).

Assim, a experiência internacional aponta para quatro formatos institucionais de sistemas de serviços de saúde: monopólio estatal, sistema público, competição gerenciada e livre mercado (MENDES, 2001). No primeiro caso, tem-se um Estado regulador, financiador

e prestador de serviços (Cuba). No segundo, o sistema público não dispensa a ação reguladora do Estado, mediante contratualização e cooperação gerenciada, e procura separar as funções de regulação e financiamento das de prestação de serviços, combinando os controles tecnocrático e público, direto e indireto (Canadá). No formato da "competição gerenciada", predomina a relação de agência com um controle que adiciona a atuação tecnocrática e pública, direta e indireta, com o mercado, tendo como financiamento via subsídio à demanda (Colômbia). No último caso, seu financiamento é privado, articulado e regulado pela demanda e pelo mercado, sem controle estatal (EUA). A partir desta revisão, o autor propõe uma "reforma da reforma sanitária" mediante a "construção de um sistema público com cooperação gerenciada, acessível a todos os brasileiros" (MENDES, 2001, p. 56).

No caso do presente estudo, procura-se analisar as forças sociais capazes de sustentar, política e ideologicamente, o *processo* da RSB para além das políticas estatais, isto é, das políticas sociais e de saúde. Diferentemente daqueles que privilegiam os movimentos sociais ou o SUS, parte-se da tese segundo a qual a RSB é constituinte de um projeto de *reforma social*, não uma mera política social ou de saúde. O ângulo privilegiado de análise é a própria *reforma sanitária*, enquanto idéia, *proposta*, *projeto* e *processo*, ainda que só analiticamente seja possível distingui-la do *movimento*, assim como o criador em relação à criação e à criatura...

Antes da constituição dessa *proposta*, pode ser considerado o momento da *idéia*, do mesmo modo que a transformação em *projeto* e *processo* ocorre na presença do *movimento*. Ainda que se reconheça a importância do "momento da *idéia*", este não se realiza completamente se não contar com as relações sociais que possibilitam a práxis dos sujeitos:

> As idéias e opiniões não 'nascem' espontaneamente no cérebro de um indivíduo: tiveram um centro de formação, de irradiação, de difusão, de persuasão, houve um grupo de homens ou até mesmo uma individualidade que as elaborou e apresentou na forma política de atualidade (GRAMSCI, 2000b, p. 82).

Este ciclo *idéia-proposta-projeto-movimento-processo* tem apenas um sentido analítico, não orgânico. Na realidade, esses momentos encontram-se, dialeticamente, imbricados: o *movimento* gera o *projeto* e desencadeia o *processo* e este condiciona o próprio *movimento*. Uma idéia, em si mesma, sem relações sociais que a transformem em proposta, projeto, movimento, política e prática, é apenas uma idéia:

> Em suma, deve sempre valer o princípio de que as idéias não nascem de outras idéias, de que as filosofias não são geradas de outras filosofias, mas são expressão sempre renovada do desenvolvimento histórico real (GRAMSCI, 1999, p. 246).

Assim, parte-se do pressuposto segundo o qual a RSB representaria um *projeto* de *reforma social* e como tal faz-se necessário investigá-lo à luz das teorias da mudança social, examinar seus fundamentos e analisar o seu *processo* em distintas conjunturas no sentido de identificar obstáculos e possibilidades.

Mais que uma determinação estatal a partir de uma suposta funcionalidade das políticas sociais ao capitalismo, o estudo da RSB procura revelar a ação (ou a determinação) das forças sociais organizadas na sociedade civil, que tiveram a oportunidade e a potência de fazer com que o Estado viesse a incorporar essa *proposta* de forma contraditória:

> Muito da proposta foi colocada em prática, mas por vezes de maneira tão tortuosa e até mesmo deturpada que as conseqüências negativas da implementação não podem ser atribuídas a problemas relativos a princípios gerais equivocados, diretrizes fora da realidade ou propostas mal elaboradas [...] possibilitando dessa forma perguntar: o que está em curso no Brasil é realmente um processo de Reforma Sanitária? (ESCOREL, 1995, p. 155).

Este fragmento que distingue intuitivamente a *proposta* e o *processo* da RSB ilustra a indagação inicial deste livro. Considerando que o movimento sanitário não é um movimento social qualquer, mas um conjunto articulado de práticas ideológicas, políticas, científicas,

teóricas, técnicas e culturais, uma ênfase especial merece ser concedida às relações entre saber e práxis na RSB (DAMASO, 1989), na medida em que tal problemática é própria da sociedade burguesa, ou seja, "un producto de su estructura y una manifestación de ella" (HELLER, 1986, p. 161). Desse modo, o estudo procura analisar a emergência e o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) em uma formação social capitalista, seus fundamentos e características, discutindo os desafios da práxis.

Notas

[1] Weil (1993), Maynard e Bloor (1998), Wong e Chiu (1998), Langiano e Martin (1998), Donelan e outros (1999), Conill (2000), Souza e outros (2002), Wild e Gibis (2003), Lighat (2003), Davaki e Mossialos (2005).

[2] Infante e outros (2000), Cordeiro (2001), Hernández (2002), Belmartino (2002), Labra (2002), Mitjavila e outros (2002), Pego e Almeida (2002), Gakidou e outros (2007).

[3] Ver: Agenda Política Brasil em Defesa da Saúde como Direito da Cidadania e como Bem Público, apresentada no Seminário Nacional Reformas do Estado, Saúde e Eqüidade no Brasil, realizado no Rio de Janeiro, em 20 junho de 2000.

A reforma sanitária como um fenômeno sócio-histórico

> A ciência não trata da 'realidade', do 'dado', da 'empiria', e sim dos objetos do conhecimento (KALLSCHEUER, 1989, p. 64).

Ao tomar como objeto de estudo a RSB impõe-se, inicialmente, algum esforço do pensamento no sentido de explicitação quanto à natureza do que se pretende analisar: um fenômeno histórico e social. Com isto se quer afirmar, ao mesmo tempo, a historicidade do objeto que permitiria a sua identificação em uma dada conjuntura e a sua permanência processual, enquanto cristalizações e transformações, possíveis de serem observadas no presente.

Esta concepção de fenômeno histórico não decorre, necessariamente, da constatação de a sua emergência e desenvolvimento terem sido localizados no passado, mas sim de uma dada compreensão da História como realização de sujeitos sociais diante das circunstâncias, o que implica certa intencionalidade e, ao mesmo tempo, o reconhecimento das limitações estruturais e dos constrangimentos conjunturais. A História não se restringe aos tempos pretéritos nem tem certeza, mas corresponde a construtos sociais realizados por sujeitos em cada conjuntura:

> A história não pode ir além da certeza (com a aproximação da investigação da 'certeza'). A conversão do 'certo' no 'verdadeiro' pode dar lugar a construções filosóficas (da chamada história eterna) que têm apenas pouco em comum com a história 'efetiva'; mas a história deve ser 'efetiva' e não romanceada: a sua certeza deve ser, antes de mais nada, certeza dos documentos históricos (GRAMSCI, 1999, p. 91).

E ao considerar social um fenômeno, além de histórico, não se pretende insistir na redundância de que a história ocorre na sociedade, mas insinuar que ela ainda pode fazer-se presente em termos de fatos produzidos na atualidade e de certas acumulações de natureza política, econômica e cultural que podem gerar novos fatos (MATUS, 1997). Desse modo, a Reforma Sanitária, enquanto fenômeno histórico e social, poderia ser analisada como *idéia-proposta-projeto-movimento-processo*: *idéia* que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; *proposta* como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; *projeto* enquanto síntese contraditória de políticas; *movimento* como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; *processo* enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas. Ao traduzir no âmbito do pensamento este ciclo como representação de um fenômeno histórico e social pretende-se expor os seus elementos ao crivo de pressupostos para fins de descrição, análise e interpretação.

Além da explicitação da concepção de história, cabe delinear, embora com certo grau de abstração, o tipo de sociedade em que o fenômeno será examinado, as relações entre as classes e grupos sociais com o Estado, a natureza desse Estado, bem como os movimentos sociais capazes de influir sobre as relações de poder e sobre a cultura da referida sociedade.

Ainda que uma aproximação inicial com tal objeto indique a noção de *reforma* como referente para tal construção, distintas concepções de reformas e teorias de mudança social poderiam ser examinadas para contribuírem na elaboração de uma "teoria do

objeto". *Reforma* e *revolução* constituem fenômenos históricos relativos à mudança social, cuja revisão crítica da literatura em ciência política representaria, em si, uma investigação de fôlego. Como esta não é a pretensão deste livro, optou-se por tomar como referência quatro tipos de práxis e, conseqüentemente, diferentes possibilidades de mudanças em sociedades, a saber: a) reforma parcial; b) reforma geral; c) movimentos políticos revolucionários; d) revolução social total (HELLER, 1986). Embora os dois últimos não sejam de maior interesse para este estudo, a sua descrição tem certa utilidade como contraponto aos dois primeiros e, também, pelo fato de eventualmente compor parte da utopia de alguns dos seus formuladores.

No caso da *reforma parcial*, trata-se de um conjunto de atividades que se propõe a transformação de setores particulares, instituições ou relações da sociedade. A teoria das reformas parciais não transcende as premissas da sociedade e é elaborada pelos *experts* do setor em questão (político, econômico, educacional etc.). Podem ser acionadas campanhas de sensibilização da opinião pública, porém "as ações de massa são efêmeras e entram em refluxo rapidamente depois da realização da reforma" (HELLER, 1986, p. 167). Após ilustrar esse tipo de práxis com a proposta do divórcio na Itália, a autora chega a seguinte conclusão:

> Los movimientos que apuntan a las reformas parciales pueden convertirse fácilmente en vehículos para la manipulación [...] simplemente por el hecho de que canalizando la oposición al sistema social existente hacia la reforma de las particulares y parciales instituiciones concretas, crean la apariencia de transformabilidad de un determinado orden social (HELLER, 1986, p. 167).

No que diz respeito à *reforma geral*, propõe-se a transformação de toda a sociedade mediante reformas parciais. A autora ilustra essa modalidade com a experiência da social-democracia até 1914. Seus teóricos apresentam uma atitude crítica em relação à totalidade do sistema social dominante, possibilitando uma ação para o conjunto do movimento social:

> Estos no son expertos o no actúan como tales; son más bien líderes del movimiento [...]. Los movimientos para la reforma general son idealmente movimientos organizados con una amplia base de masas y no dejan de existir después de la realización de una reforma parcial, sin que permanecen constantemente en acción (HELLER, 1986, p. 167).

O terceiro tipo de práxis que se realiza mediante *movimentos políticos revolucionários* visa à transformação radical de toda a sociedade com a conquista do poder político. A direção cabe a uma minoria, pronta sempre para a ação, preparada para correr risco, dispondo de apoio ativo das massas. Após a vitória, ocorre um refluxo, com a separação do indivíduo (o burguês, no caso da Revolução Francesa) que luta pelos seus interesses, permanecendo inalterado o modo de vida da maioria do povo, enquanto o cidadão separa a vida cotidiana das atividades políticas.

Finalmente, o quarto tipo de práxis (*revolução total*) supõe a revolução do modo de vida. Nesse caso, as bases do movimento se alargam, envolvendo estratos cada vez mais amplos da população, com uma transformação da vida cotidiana das pessoas. Ainda que o Cristianismo e o Renascimento, em certos países, possam ser mencionados como exemplos desse tipo de práxis, a autora faz a seguinte advertência:

> Podemos afirmar que hasta el momento no ha existido en la historia una revolución tal del modo de vida que haya sido simultaneamente una revolución consciente y conscientemente realizada de toda la sociedad desde la economía a la política y a la cultura (HELLER, 1986, p. 169).

A partir da tese de que a RSB representa um *projeto de reforma social*, poder-se-ia considerar a hipótese de que ela foi concebida como *reforma geral*, tendo como horizonte utópico a *revolução do modo de vida*, ainda que parte do movimento que a formulou e a engendrou tivesse como *perspectiva* apenas uma *reforma parcial*. Nessa perspectiva, impõe-se uma aproximação à análise do desenvolvimento da sociedade brasileira e o papel desempenhado

pelo Estado na consolidação do capitalismo, considerando diversas categorias, tais como: bloco histórico, Estado ampliado, sociedade política, hegemonia, reforma intelectual e moral, intelectuais orgânicos, revolução passiva, transformismo, entre outras (GRAMSCI, 1966).

A opção pelo marxismo, enquanto corrente teórica (PAIM, 2006b), e pelo pensamento desse filósofo da práxis deve-se ao fato de suas categorias de análise serem passíveis de contextualização para a realidade brasileira, além de terem fundamentado, segundo alguns autores, a concepção da Reforma Sanitária Brasileira (GALLO; NASCIMENTO, 1989, GRYNSZPAN, 2005) e serem utilizadas para o esboço de uma teoria para tal reforma (OLIVEIRA, 1988), alvo de produtiva polêmica (CAMPOS, 1988a, FLEURY, 1988a, CAMPOS, 1988b). A riqueza do pensamento desse teórico militante tem sido bastante ressaltada:

> Gramsci não toma o marxismo como doutrina abstrata, mas como método de análise concreta do real em suas diferentes determinações. Debruça-se sobre a realidade enquanto totalidade, desvenda suas contradições e reconhece que ela é constituída por mediações, processos e estruturas (SIMIONATTO, 1998, p. 37).

Gramsci mudou a teoria marxista, especialmente "seus vínculos com a política e com a cultura" (BUCI-GLUCKSMANN, 1980, p. 493) no sentido de apreender a realidade como totalidade, avançando o pensamento em relação à contribuição de outros teóricos marxistas, a exemplo de Lênin, Trotsky e Rosa Luxemburgo (MACCIOCCHI, 1976):

> Gramsci propôs uma outra interpretação de Marx, no sentido que iniciou a superação dos limites da elaboração marxista do século XIX, excessivamente dependente das 'estruturas'. Mas o seu marxismo, - sustentado pela rejeição do determinismo mecanicista, por uma visão antifatalista da história, pela categoria de práxis, é um marxismo do sujeito: um marxismo da hegemonia, da totalização dialética, da possibilidade de uma reunificação social (NOGUEIRA, 1998, p. 27).

Nesse sentido, concedeu uma atenção especial à educação como hegemonia (BROCCOLI, 1979) e à formação e inserção político-social dos intelectuais, reconhecidos como "funcionários da superestrutura", sejam os intelectuais orgânicos ou os intelectuais tradicionais (GRAMSCI, 1977). Na ação política, sua palavra-chave era *unidade*: unidade de toda a classe operária, a unidade do norte com o sul da Itália, a unidade dos camponeses com os operários, a unidade do povo, como lhe descreveu um dos seus companheiros de política:

> Vivi junto desse homem mais de quinze anos e é com profunda emoção que evoco, que vejo diante de mim a sua fraterna imagem, o seu corpo martirizado, a sua cabeça de pensador, a sua fronte cheia de pensamentos, os seus olhos profundos e sorridentes, o sorriso e o riso com que sabia acompanhar todas as manifestações do pensamento e do sentimento humano, e a sua voz que era áspera na crítica, imperiosa ao indicar directivas ao próprio partido, mas doce e maleável na persuasão, na convicção, na instrução dos camaradas (TOGLIATTI, 1975, p. 68-69).

A partir da contribuição gramsciana ao marxismo, realiza-se uma crítica à dicotomia Estado (concebido como sociedade política) e sociedade civil, quando esta "distinção metodológica é transformada e apresentada como distinção orgânica" (GRAMSCI, 2000b, p. 47). Esta confusão entre sociedade civil e sociedade política pode ser explicada por se incluir na noção geral de Estado: "elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil" (GRAMSCI, 2000b, p. 244). Nesse sentido, "seria possível dizer que Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia couraçada de coerção" (GRAMSCI, 2000b, p. 244).

No Brasil, uma das primeiras utilizações das categorias gramscianas para a análise da realidade brasileira teve como foco o "golpe de classe" de 1964 (DREIFUSS, 1981), independentemente das traduções da sua obra e das contribuições teóricas dos cientistas políticos brasileiros Carlos Nelson Coutinho e Luiz Werneck Vianna.

O estudo das contribuições marxistas para uma "teoria crítica do Estado" (GRUPPI, 1981, HABERMAS, 1986), tem favorecido um

entendimento mais aproximado do papel do Estado no capitalismo, particularmente, do sentido das políticas sociais (OFFE, 1984). Na medida em que a determinação econômica é insuficiente para a construção do conceito de classe social e para o exame do papel e das funções do Estado contemporâneo, caberia considerar a determinação política e ideológica, a partir das relações sociais. Essas relações sociais, políticas e ideológicas constituem os sujeitos e dão concretude à noção de natureza humana. Assim, a *filosofia da práxis*, em vez de confrontar o sujeito com as estruturas e sustentar um determinismo econômico, aponta possibilidades para a ação social e para a constituição daquele ao forjar um "bloco intelectual-moral":

> A compreensão crítica de si mesmo é obtida, portanto, através de uma luta de 'hegemonias' políticas, de direções contrastantes, primeiro no campo da ética, depois no da política, atingindo, finalmente, uma elaboração superior da própria concepção do real. A consciência de fazer parte de uma determinada força hegemônica (isto é, consciência política) é a primeira fase de uma ulterior e progressiva autoconsciência, na qual teoria e prática finalmente se unificam. Portanto, também a unidade de teoria e prática não é um dado de fato mecânico, mas um devir histórico [...] É por isso que se deve chamar a atenção para o fato de que o desenvolvimento político do conceito de hegemonia representa, para além do progresso político-prático, um grande progresso filosófico, já que supõe necessariamente uma unidade intelectual e uma ética adequada a uma concepção do real que superou o senso comum e tornou-se crítica, mesmo que dentro de limites ainda restritos (GRAMSCI, 1999, p. 103-104).

Essa abordagem rejeita a concepção instrumentalista do Estado, o fatalismo e a dicotomia entre o protagonismo do sujeito e as determinações estruturais, pois reconhece a autonomia relativa da práxis, inscrita no jogo das instituições e nas lutas sociais e de grupos. Ao contrário do que consideram alguns autores da Saúde Coletiva (BURLANDY; BODSTEIN, 1998, MINAYO, 2001) o marxismo, desde o *18 Brumário* e as *lutas sociais na França* não se reduz ao componente da estrutura, nem subestima a subjetividade. O próprio

Antônio Gramsci, ao polemizar com Benedetto Croce, rejeitou a sua crítica de que "a filosofia da práxis seria teologizante e o conceito de estrutura não seria mais do que a representação ingênua do conceito de um 'deus oculto'" (GRAMSCI, 1999, p. 296). Assim, esclarecia que a filosofia da práxis está relacionada "à concepção subjetiva da realidade, precisamente enquanto a inverte, explicando-a como fato histórico, como 'subjetividade histórica de um grupo social', como fato real" (GRAMSCI, 1999, p. 297). Convém lembrar que o tema da subjetividade humana foi contemplado, também, no *Grundrisse* (CERRONI, 1976).

O Estado se apóia em certas classes dominadas da sociedade, apresentando-se como seu representante, mediante um complexo processo ideológico. Mas nesse processo de dominação hegemônica de classe, o Estado, em última análise, atua em proveito político das classes dominantes recorrendo a dispositivos e aparelhos ideológicos de diversas ordens:

> No modo de produção capitalista, e em uma formação capitalista, em que o econômico detém, regra geral, o papel dominante, constata-se a dominância no ideológico da região jurídico-política: em particular, no entanto, no estágio do capitalismo monopolista de Estado em que o papel dominante é assumido pelo político, é a ideologia econômica - de que o 'tecnocratismo' é só um dos seus aspectos - que tende a tornar-se a região dominante da ideologia dominante (POULANTZAS, 1977, p. 205).

O conceito de ideologia se apresenta, portanto, como fundamental, não só para compreender o papel dos intelectuais na elaboração da *proposta* e do *projeto* da Reforma Sanitária, mas sobretudo para analisar os enfrentamentos no seu *processo,* diante das questões relativas à organização política:

> Uma massa humana não se 'distingue' e não se torna independente 'para si' sem organizar-se (em sentido lato); e não existe organização sem intelectuais, isto é, organizadores e dirigentes (GRAMSCI, 1999, p. 104).

Mas, dentro do marxismo, a ideologia tem sido tratada também de forma negativa, enquanto falsa consciência:

> A sua função não é oferecer aos agentes um verdadeiro conhecimento da estrutura social, mas simplesmente inseri-los de algum modo nas suas atividades práticas que suportam esta estrutura [...], ocultar as contradições reais, reconstituir, em um plano imaginário, um discurso relativamente coerente que serve de horizonte ao 'vivido' dos agentes, moldando as suas representações nas relações reais e inserindo-as na unidade das relações de uma formação (POULANTZAS, 1977, p. 201-202).

Na realidade, o termo ideologia é polissêmico desde Destutt de Tracy (1754-1836), com a sua obra *Eléments d'idéologie*. De um conceito de ideologia como "ciência das idéias" ou "análise sobre a origem das idéias" chegou-se ao significado de "sistemas de idéias":

> O próprio significado que o termo 'ideologia' assumiu na filosofia da práxis contém implicitamente um juízo de desvalor, o que exclui para os seus fundadores a origem das idéias devesse ser buscada nas sensações e portanto, em última análise, na fisiologia: esta mesma 'ideologia' deve ser analisada historicamente, segundo a filosofia da práxis, como uma superestrutura (GRAMSCI, 1999, p. 208).

Essas reflexões sobre Estado, política e ideologia devem ser desdobradas a partir de três questões básicas sobre a política: "1) *Como* os interesses são representados? 2) *De quem* são os interesses representados?". Qual é a *justificação* para representar interesses?" (COUTINHO, 1989, p. 47). Nesse particular, cabe ao Estado e aos seus aparelhos dar conta dos enfrentamentos de classe e frações de classes, favorecendo a hegemonia das classes dominantes e buscando o consenso das classes subalternas.

No caso dos países capitalistas subdesenvolvidos dependentes as lutas sociais não se restringem, todavia, às classes nem ao momento econômico-corporativo:

> Pode-se dizer que não só a filosofia da práxis não exclui a história ético-política, como, ao contrário sua mais recente fase

> de desenvolvimento consiste precisamente na reivindicação do momento da hegemonia como essencial à sua concepção estatal e à 'valorização' do fato cultural, da atividade cultural, de uma frente cultural como necessária, ao lado das frentes meramente econômicas e políticas (GRAMSCI, 1999, p. 295).

Reproduzem-se, portanto, entre grupos sociais, na sociedade civil, nas instituições e no próprio Estado, cujo pessoal tende a expressar a clivagem desses enfrentamentos (POULANTZAS, 1980). Assim, a relação dos burocratas com a instância do político poderia ser comparável com a dos intelectuais com o ideológico (POULANTZAS, 1977).

Compreendendo a questão saúde como objeto de ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos, há que se observar como se apresenta o processo político em saúde em uma dada conjuntura, o que vale dizer, como se enfrentam as forças sociais diante dessa questão. Mais que deduzir a ação estatal a partir das necessidades da acumulação, trata-se de examinar as disputas pela hegemonia.

> O fato da hegemonia pressupõe indubitavelmente que sejam levados em conta os interesses e as tendências dos grupos sobre os quais a hegemonia será exercida, que se forme um certo equilíbrio de compromisso, isto é, que o grupo dirigente faça sacrifícios de ordem econômico-corporativa; mas também é indubitável que tais sacrifícios e tal compromisso não podem envolver o essencial, dado que, se a hegemonia é ético-política, não pode deixar de ser também econômica, não pode deixar de ter seu fundamento na função decisiva que o grupo dirigente exerce no núcleo decisivo da atividade econômica (GRAMSCI, 2000b, p. 48).

Portanto, hegemonia não se confunde com coerção. Ela pode se apresentar como coerção, sim, mas envolve o consenso ativo entre os governados, o que supõe uma direção ética, política e cultural. Nessa perspectiva, segundo o autor, um grupo subalterno pode construir a hegemonia antes mesmo de ser dirigente. E o Estado e seus aparelhos de hegemonia são *loci* de disputa entre as classes fundamentais e grupos sociais para o exercício da hegemonia.

Mesmo sem adentrar na complexa questão das relações entre infra e super-estrutura dentro do marxismo (HABERMAS, 1986), cabe destacar que se ao Estado burguês interessa a legitimidade e a sua legitimação para o exercício da hegemonia, via políticas sociais, às classes subalternas e aos seus intelectuais orgânicos faz sentido atuar sobre as contradições e conflitos desse Estado e apostar na contra-hegemonia, enquanto direção política e cultural, para a formação de um novo *bloco histórico*. Este é composto pela estrutura e pelas superestruturas, as quais refletem o conjunto das relações sociais de produção de modo complexo e contraditório, como esclarece o pensador italiano:

> [...] Não é verdade que a filosofia da práxis 'destaque' a estrutura das superestruturas; ao contrário, ela concebe o desenvolvimento das mesmas como intimamente relacionado e necessariamente inter-relativo e recíproco. Tampouco a estrutura é, nem mesmo por metáfora, comparável a um 'deus oculto' (GRAMSCI, 1999, p. 369).

No presente estudo, foram selecionadas mais duas categorias gramscianas: *revolução passiva* e *transformismo*. A *revolução passiva* referia-se, originalmente, às modificações ocorridas no período conhecido como *risorgimento*, embora possa ser utilizada como categoria de análise para a investigação de outras formações sociais:

> O conceito de revolução passiva me parece exato não só para a Itália, mas também para outros países que modernizaram o Estado através de uma série de reformas ou de guerras nacionais, sem passar pela revolução política de tipo radical-jacobino (GRAMSCI, 2002, p. 220).

Já o *transformismo* é um fenômeno associado à *revolução passiva* quando certos partidos (ou agentes) se unificam, mudando de lado, e reforçam posições conservadoras das forças da ordem estabelecida, seja assimilando frações das classes dominantes, seja cooptando setores das classes subalternas (COUTINHO, 1985).

Essas categorias que apresentam entre si uma relação orgânica foram utilizadas no quadro teórico do estudo diante das suas

potencialidades heurísticas para a compreensão do desenvolvimento histórico da sociedade brasileira. E, particularmente, de um "processo em aberto" nela inserido, como aquele experimentado pela Reforma Sanitária, a ser aferido "em seu percurso e resultados por meio do comportamento e protagonismo dos sujeitos históricos" (AGGIO, 1998, p. 172).

Considerando que o desenvolvimento capitalista tem-se realizado menos pelo padrão de revolução à francesa e mais por transformações moleculares que caracterizam a *revolução passiva*, o estudo recorreu a esse conceito, como "hipótese interpretativa" na seguinte perspectiva:

> O tipo de acordo político eventualmente firmado (formalmente ou não) entre frações de classes dominantes, mais avançadas ou retardatárias do ponto de vista econômico, ou mesmo com outros segmentos ou grupos sociais (como as camadas médias), assim como a ausência ou não de uma aliança com as massas populares, a incompletude da reforma intelectual e moral ou o grau de frustração no processo de afirmação de uma vontade nacional-popular, à moda jacobina, transformadora do aparelho estatal, são todos elementos que compõem analiticamente o conceito e que necessitam da verificação caso a caso, para que se possa aferir os resultados e as possíveis alternativas que existiam diante dos sujeitos históricos (AGGIO, 1998, p. 167).

O estudo da RSB poderia ser um *caso* e a feição exibida pelo seu *processo* teria a possibilidade de ser explicada através dessa "hipótese interpretativa". A utilização desses conceitos poderia contribuir para tornar compreensível a *proposta* da RSB e os limites e possibilidades do *movimento* que a engendrou, conseguindo inscrever parte substantiva do seu *projeto* na Constituição da República e na legislação infra-constitucional, ainda que tenha enfrentado dificuldades no *processo* para realizar o que prometera. Como foi mencionado anteriormente, a investigação não privilegia o movimento em si, mas a sua criação – a criatura:

> Trata-se de um processo molecular, em escala mínima, de análise dificílima, capilar, cuja documentação é constituída por uma quantidade incrível de livros, opúsculos, artigos de revistas e de jornais, de conversações e debates verbais que se repetem infinitas vezes e que, em seu conjunto gigantesco, representam este trabalho do qual nasce uma vontade coletiva com um certo grau de homogeneidade, o grau que é necessário e suficiente para determinar uma ação coordenada (GRAMSCI, 2000b, p. 288).

Mas se o estudo sobre a RSB não se resume ao movimento sanitário, supõe analisá-la como *proposta*, *projeto* e *processo* de reforma social e, como tal, requerendo uma análise do seu desenvolvimento na formação social brasileira em conjunturas específicas.

Pode-se definir a *conjuntura* como o conjunto de circunstâncias que determinam o mercado numa fase dada, desde que estas circunstâncias se concebam em movimento, ou seja, como "um todo que acarreta um processo de combinações sempre novas, processo que é o ciclo econômico" (GRAMSCI, 1999, p. 259). Entendendo a conjuntura como a estrutura social em movimento, a análise de políticas de saúde, em uma dada situação, significa identificar os fatos produzidos, os sujeitos e as contradições resultantes do processo de acumulação capitalista e as suas mediações com as condições e as práticas de saúde referentes às diferentes classes e grupos sociais. Identificar também os enfrentamentos que se dão no âmbito da sociedade e atravessam o Estado, atingindo a burocracia que impõe a ação reguladora ou coercitiva, por meio dos aparelhos ideológicos e repressivos de Estado.

Na *análise de conjuntura* há que identificar os feixes de forças que compõem o bloco histórico e os diferentes graus de relações de forças – quer sociais – estreitamente ligadas à estrutura, objetiva, independente da vontade dos homens – quer políticas –, de acordo com a avaliação do grau de homogeneidade, de autoconsciência e de organização alcançado pelos vários grupos sociais (PORTANTIERO, 1983). Compreendendo a questão saúde como objeto de ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos, é

necessário observar no processo político como se enfrentam as forças sociais diante dessa questão, sejam classes, frações de classe, grupos de interesse, corporações ou movimentos em cada conjuntura.

Pensando a sociedade e o estado no Brasil

> A formação da sociedade brasileira, se a reconstituirmos pela interpretação de seus intelectuais 'demiurgos', a partir de Gilberto Freyre, Caio Prado Jr., Sérgio Buarque de Holanda, Machado de Assis, Celso Furtado e Florestan Fernandes, é um processo complexo de violência, proibição da fala, mais modernamente privatização do público, interpretado por alguns com a categoria de patrimonialismo, revolução pelo alto, e incompatibilidade radical entre dominação burguesa e democracia; em resumo, anulação da política, do dissenso (OLIVEIRA, 1999, p. 58-59).

Embora na pós-modernidade tenha-se tornado comum questionar as chamadas grandes narrativas, entender a Reforma Sanitária Brasileira, conforme a proposta construída a partir da década de 70 do século 20, exige certa aproximação ao pensamento produzido sobre a sociedade e o Estado no Brasil. Esta necessidade se torna mais imperiosa em um estudo que pretende contribuir com a compreensão e crítica de um dado projeto de reforma social.

Afinal, como o Brasil tem sido pensado? Como a sociedade brasileira tem sido refletida por seus intelectuais no que tange a cultura, à economia e as instituições sociais, sobretudo a partir da

República? Quais as análises disponíveis sobre o Estado brasileiro e sua burocracia? Em que medida esse pensamento social influenciou o pensamento em saúde e lastreou as explicações e proposições contidas no *projeto* da Reforma Sanitária? Ainda que não seja pretensão deste capítulo responder todas essas questões, cumpre esclarecer que representam pontos de partida, na tentativa de examinar os desafios e as possibilidades do *processo* da RSB.

A obra que teve como subtítulo *Teoria do Brasil* (RIBEIRO, 1975) ilustra uma dessas grandes narrativas com a pretensão de compreender este país e seu povo. Compondo um conjunto de estudos sobre antropologia da civilização, o livro em questão tem, como foco, os brasileiros. Parte do pressuposto de que a evolução sócio-cultural pode ser reconstituída a partir "revoluções tecnológicas", capazes de gerar múltiplos processos civilizatórios que, por sua vez, originariam diversas formações economicosociais ou socioculturais. Apontando várias dessas "revoluções" (agrícola, urbana, do regadio, metalúrgica, pastoril, mercantil, industrial, termonuclear) apresenta a seguinte definição:

> [...] revoluções tecnológicas consistem em transformações prodigiosas nos modos de produção e na tecnologia militar, as quais, uma vez amadurecidas, geram antagonismos com as formas anteriores de associação e com os corpos ideológicos pré-existentes, provocando mudanças sociais e culturais tendentes a refazer os modos de pensar, de ser e de agir das sociedades por elas afetadas (RIBEIRO, 1975, p. 29).

A partir dessa noção, o autor admite duas vias dos processos civilizatórios (aceleração evolutiva e atualização ou incorporação histórica), destacando aqueles identificados no curso da Revolução Industrial: o capitalismo e o socialismo (revolucionário, evolutivo e "nacionalismo modernizador"). Ao examinar as configurações histórico-culturais, esse antropólogo identifica quatro tipos de povos: testemunhos, novos, transplantados e emergentes. Critica as explicações do subdesenvolvimento a partir da causalidade climática, religiosa e racial, insinuando a relevância do elemento político. Embora compreenda a determinação da evolução humana a partir do progresso

da tecnologia produtiva e militar, associado a sucessivas "revoluções tecnológicas" e de "processos civilizatórios" por elas desencadeados, adota o conceito de modo de produção, nele incluídos os conteúdos tecnológicos (meios de produção) e socioeconômicos (relações de produção), com uma abordagem próxima ao marxismo:

> [...] a exploração das potencialidades de uma tecnologia está freqüentemente condicionada pelo modo de organização das relações de produção, pelo caráter da estrutura de poder e, inclusive, por fatores ideológicos (RIBEIRO, 1975, p. 87).

Ao analisar o caso brasileiro, destaca a crise institucional do período 1954-1964 na qual a ruptura de 1964 indicava que o país enfrentou tal situação pela via da "atualização histórica" ou reflexa, em vez da "aceleração evolutiva", com conseqüências nefastas:

> [...] a evolução, sempre que se processa pela via da atualização histórica, traz consigo certos efeitos de atraso e arcaísmo que de algum modo distanciam os componentes cêntricos dos periféricos através de defasagens sociais e culturais (RIBEIRO, 1975, p. 164).

Já Sodré, ao procurar decifrar o Brasil, elaborou uma síntese da história da cultura brasileira em três fases – cultura colonial, cultura de transição e cultura nacional, definindo cultura como "formas da vida espiritual da sociedade que nascem e se desenvolvem à base do modo de produção dos bens materiais historicamente determinado" (SODRÉ, 1977, p. 3). Vinculou a "descoberta" do Brasil ao surto mercantil europeu na busca de ampliação do mercado mundial. Assim, no fim do medievalismo, a produção transformou o artesanato em manufatura, enquanto as necessidades históricas do mercado mundial conduziram as navegações e descobrimentos.

Essa primeira fase da cultura, baseada numa classe dominante escravista ou feudal, foi anterior ao aparecimento da pequena burguesia e teve como limite o ano de 1759, com a expulsão dos jesuítas. Nesta etapa podem ser destacados os aspectos predatórios do processo de colonização, o monopólio do comércio externo pela metrópole e

a religião como fator de unidade cultural. Por isso, segundo alguns autores, para compreender o Brasil contemporâneo é preciso ir tão longe (PRADO JÚNIOR, 2000, ABREU, 2000), particularmente no que se refere à sua formação econômica (FURTADO, 2000).

Verifica-se a proibição de falar tupi nos púlpitos das igrejas e a catequese dos jesuítas, conquistando consciências durante dois séculos e meio. Além de se tratar de uma cultura transplantada, não apresentava preocupações profissionais: "só para difundir preceitos religiosos se recebiam e utilizavam os conhecimentos" (SODRÉ, 1977, p. 17). Essa cultura colonial tornava-se possível porque não perturbava a estrutura vigente. Ao lado da destruição dos valores indígenas, essa atividade cultural não era necessitada pela classe dominante enquanto a classe dominada "não a podia sustentar". O saber era ofício para os religiosos e prenda para os letrados, quando a atividade cultural confundia-se com o ócio. Em 1747, por exemplo, ocorreu a destruição da primeira gráfica que ilustrava a pobreza cultural da classe dominante, restando aos dominados a contribuição através da música e da dança (SODRÉ, 1977).

Na segunda fase (cultura de transição), ocorreu o aparecimento da pequena burguesia antes da burguesia, fenômeno considerado comum nas regiões em que as relações pré-capitalistas tiveram vigência prolongada. Nesta etapa foram realçados a exploração do ouro, rompendo com a vida sedentária agrícola, o crescimento da população e o desenvolvimento do comércio interno, configurando relações pré-capitalistas locais. Ampliou-se a divisão do trabalho, inclusive com aumento de funcionários nos aparelhos de Estado. A classe dominante tornou-se mais numerosa, com expansão da camada média, espaço em que são gerados os elementos da cultura (SODRÉ, 1977). Nesse contexto, verificou-se o transplante de reivindicações da ideologia burguesa em ascensão e a difusão da cultura européia entre os brasileiros.

Com o aumento da urbanização, segundo o autor, "os letrados encontram pares" nas cidades. Os estudos eram voltados para as letras e completados em Coimbra. No século XVIII, as artes plásticas

desenvolveram-se com o barroco brasileiro e o Aleijadinho. O florescimento cultural em Ouro Preto, ilustrado por *Marília de Dirceu* de Tomás Antônio Gonzaga, ao lado da efêmera Academia Científica em 1771, denota iniciativas culturais relevantes. No período joanino, o piano ganhou força, havendo contratação de mestres estrangeiros, e em 1808 surgiu a imprensa, com espaços para oradores sacros e jornalistas. Apareceram os cursos jurídicos, sendo os bacharéis considerados os intelectuais orgânicos dessa nova ordem:

> Os elementos letrados, leigos e religiosos, oscilam entre dois pólos: as duras exigências práticas oriundas dos interesses da classe dominante [...] e as fascinantes influências teóricas oriundas do pensamento europeu, da área onde a revolução burguesa havia subvertido os padrões culturais e forjado novo conteúdo ideológico (SODRÉ, 1977, p. 39).

A partir da Independência, o Império instalou-se enquanto a revolução burguesa avançava no ocidente. Redefiniu-se o papel da escola com a privatização do ensino médio, adquirindo um caráter universalista e enciclopedista: "o livro, perseguido como subversivo, só compatível com o uso dos religiosos começou a circular" (SODRÉ, 1977, p. 44).

Na segunda metade do século XIX expandiu-se a produção do café, convivendo com crises do exterior, aumentou a população, apareceram os jornais e, na literatura, surgiu o indianismo de José de Alencar. Ao mesmo tempo, desenvolveu-se a ideologia colonialista, assentada em um conjunto de preconceitos para justificar a dominação, com "explicações" geográficas, climáticas, raciais, entre outras. No final daquele século apareceram propostas de reformas religiosa, eleitoral, militar, abolição e república. Foi iniciada a Reforma da Educação (1882), com o parecer de Ruy Barbosa, junto à difusão do positivismo, criação da Academia Brasileira de Letras (1896), instalação das Escolas Politécnicas e o desenvolvimento do sanitarismo, com a implantação dos Institutos Manguinhos, Biológico e Butantan no início do século XX (SODRÉ, 1977).

Esse momento de "subversão burguesa" realizou-se no contexto do desenvolvimento capitalista ao longo da Primeira Guerra Mundial,

com a polêmica entre protecionistas e livre-cambistas e o advento do imperialismo (do comércio aos investimentos). A Revolução de Outubro ocorreu justamente nesse momento de formação da classe operária no Brasil. Em 1922 aconteceu a Semana de Arte Moderna de São Paulo (Movimento Modernista de 22), a Revolta do Forte de Copacabana, a organização de parte do proletariado no Partido Comunista, a agitação urbana em São Paulo, repercutindo depois na criação da Previdência Social através da Lei Eloy Chaves. Nesse processo de renovação cultural, o imperialismo britânico foi progressivamente sendo substituído pelo americano, de modo que o ano emblemático de 1922 foi também marcado pelo primeiro empréstimo tomado pelo Brasil aos EUA (SODRÉ, 1977) e pelos investimentos americanos no país, que superaram, pela primeira vez, os ingleses.

Assim, a burguesia emergente voltava os seus olhos para os jovens militares e para a longa marcha da Coluna Prestes no país, durante a década de 20, cujas lideranças expressivas, a exceção de Luiz Carlos Prestes, participaram depois da "Revolução de 30" (PRESTES, 1991), reduzindo-se ao tenentismo:

> O Tenentismo, na verdade, almeja precisamente a moralização da República: que as leis sejam cumpridas, que as eleições sejam honestas, que os homens públicos sejam probos, e tudo estará solucionado - homens bons tornam a sociedade boa, não há necessidade de alterar a sociedade, mas apenas os homens (SODRÉ, 1977, p. 57).

Enquanto isso, a pequena burguesia se apresentava como "vanguarda ousada", sobretudo com o Modernismo, encerrando-se a fase da "cultura de transição" com o golpe de 1930 (SODRÉ, 1977).

A terceira fase correspondeu ao surgimento e desenvolvimento da cultura nacional, com o alastramento das relações capitalistas. Cresceram a burguesia e o proletariado, embora de forma lenta e desigual até 1950. Assim, o desenvolvimento capitalista brasileiro sofreu, portanto, as influências das crises do imperialismo. O crescimento econômico mais autônomo apareceu com a Primeira Guerra Mundial e após a crise de 1929, particularmente durante a

Segunda Guerra Mundial. A partir desta, o imperialismo mudaria de orientação, apoiando o desenvolvimento industrial nos países da sua periferia, e o Brasil atingia "a etapa de desenvolvimento capitalista em que os produtos da cultura se transformam em mercadorias" (SODRÉ, 1977, p. 65).

Em 1938, o valor da produção industrial conseguiu ultrapassar o da produção agrícola e observou-se uma renovação cultural, podendo o período ser subdividido de 1930 a 1945 e no pós-45. No primeiro, momento de efervescência política e luta ideológica, conviveu-se com medidas de exceção (1935) e a ditadura do Estado Novo (1937). Mas com o desenvolvimento das relações capitalistas verificou-se a ampliação do mercado de trabalho artístico, com um novo *status* para o artista (simbolicamente ilustrado pelo encontro de Getúlio Vargas com Dercy Gonçalves). No teatro surgiram Oduvaldo Viana e Joracy Camargo, enquanto na literatura Jorge Amado e Graciliano Ramos. A universidade foi criada nessa época, com alguma desconfiança, assegurando a profissionalização de médicos, dentistas, advogados, engenheiros e farmacêuticos. Verificou-se uma divisão de trabalho com novas exigências universitárias, no sentido de "formar quadros que a sociedade necessita e, ao mesmo tempo, isentá-los de qualquer tendência à mudança" (SODRÉ, 1977, p. 74). No que diz respeito ao desenvolvimento da pesquisa científica, as exigências respondiam a necessidades da urbanização, apoiando medidas preventivas, higiene e saneamento, com conseqüente crescimento de instituições.

No momento ulterior a 1945, as influências culturais européias são substituídas pelas americanas, crescendo o rádio, o cinema, a televisão e a imprensa, com agências de notícias e publicidade. Instalou-se a "cultura de massa" com as características de homogeneidade, baixa qualidade e padronização de gostos, idéias, preferências, motivações, interesses e valores (SODRÉ, 1977). Promoveram-se a música popular[1] e o futebol pelo rádio, o Cinema Novo foi inventado, a arquitetura produzia Oscar Niemeyer e Lúcio Costa, a televisão forjava os "heróis da Roda Viva" e o teatro era renovado por José Celso Martinez, Oduvaldo Viana Filho, Agusto Boal, Paulo Pontes e Chico Buarque

de Holanda. A universidade sofreu expansão, abrigando a pequena burguesia que no pós-64 lutou contra o *Relatório Atcon* e a Reforma Universitária, urdida pelo Convênio MEC-USAID. Ampliou-se a atuação dos órgãos do imperialismo para o controle cultural, tais como o Banco Internacional para a Reestruturação e o Desenvolvimento (BIRD), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), *Agency for International Development* (AID), Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização dos Estados Americanos (OEA), Fundações Ford, Rockefeller, Kellog, gerando novas contradições:

> Na dialética do processo histórico está inserida a contradição que impõe ao desenvolvimento capitalista por um lado a necessidade de fazer avançar e expandir os conhecimentos, enquanto, de outro lado, é compelido a manter o monopólio da cultura (SODRÉ, 1977, p. 129).

Quando se desloca o olhar da cultura para a sociedade, o clássico *A revolução burguesa no Brasil* (FERNANDES, 1975) corresponde a outra leitura seminal sobre o país. Diferentemente dos estudos que acentuam as dimensões socioculturais ou psicossociais, como a "casa-grande", o patriarcalismo ou a oligarquia, o autor questionava a associação entre o senhor de engenho e o burguês, pois o excedente econômico obtido pelo primeiro nada tinha a ver com o "lucro" apropriado pelo segundo. Assim, a burguesia apareceria no Brasil de forma tardia, com um curso distinto do verificado na Europa. Só com a Independência, a partir da superação do estatuto colonial, foram criadas as condições para a sua expansão com a formação de uma sociedade de classes.

Mesmo a criação de um Estado nacional independente não decorreu de mudanças na organização das relações sociais de produção. O poder político foi preservado para os estamentos senhoriais, com o fortalecimento das respectivas estruturas socioeconômicas. E assim o sociólogo ofereceu pistas teóricas para tornar compreensível a ênfase concedida por vários autores, cientistas e literários, às dimensões socioculturais ou psicossociais:

> [...] o primeiro grande salto que se deu na evolução do capitalismo no Brasil é antes de natureza sócio-cultural que econômica. Surgia um novo *estilo de vida;* e este requeria que a sociedade brasileira se adaptasse, internamente, à existência e à expansão de uma economia de mercado (FERNANDES, 1975, p. 80).

O setor "velho" da economia não se transformou nem se destruiu para gerar o "novo". Daí a especificidade dessa "Revolução Burguesa" numa economia colonial, periférica e dependente, na qual seus agentes históricos foram especialmente os fazendeiros do café e o imigrante. A sua concretização ficou na dependência de transformações econômicas, sociais, políticas, psicoculturais e tecnológicas que só se realizaram quando o desenvolvimento capitalista alcançaria "o clímax" de sua evolução industrial. No caso das suas relações com o Estado, apareceram outras particularidades:

> Ao contrário de outras burguesias, que forjaram instituições próprias de poder especificamente social e só usaram o Estado para arranjos mais complicados e específicos, a nossa burguesia converge e faz sua unificação no plano político antes de converter a dominação sócio-econômica no poder político indireto (FERNANDES, 1975, p. 203).

Ao contrário de certas concepções no pensamento de esquerda que nas décadas de 1950 e 1960 não admitiam o desenvolvimento capitalista em países como o Brasil, ao ponto de cunharem a expressão "desenvolvimento do subdesenvolvimento", foi realizada posteriormente uma interpretação sociológica alternativa de situações de dependência na América Latina:

> A novidade da hipótese não está no reconhecimento da existência de uma dominação externa – processo óbvio – mas na caracterização da forma que ela assume e dos efeitos distintos, com referência às situações passadas, desse tipo de relação de dependência sobre as classes e o Estado. Salientamos que a situação atual de desenvolvimento dependente não só supera a oposição tradicional entre os termos desenvolvimento e dependência, permitindo incrementar o desenvolvimento e manter, redefinindo-os, os laços de dependência (CARDOSO; FALETTO, 1975, p. 141).

Esses autores, ao reconhecerem que o Estado estendeu a sua atuação para além da dimensão jurídica, funcionando como "a própria organização política das classes" (CARDOSO; FALETTO, 1975, p. 134) convergiam, de certo modo, para um conjunto de interpretações sobre a sociedade brasileira que pontifica o Estado como seu Demiurgo, como se pode verificar nas palavras de um dos seus mais argutos estudiosos:

> O mercantilismo empírico português, herdado pelo Estado brasileiro, fixou-se num ponto fundamental [...]. Este ponto, claramente emergente da tradição medieval, apurado em especial pela monarquia lusitana, acentua o papel diretor, interventor e participante do Estado na atividade econômica. O Estado organiza o comércio, incrementa a indústria, assegura a apropriação da terra, estabiliza preços, determina salários, tudo para o enriquecimento da nação e o proveito do grupo que a dirige (FAORO, 2000a, p. 70).

Não por acaso, a instalação da República, quando o povo bestificado pensava tratar-se de um desfile militar (FAORO, 2000b), e as "revoluções" de 1930 e 1964 encontraram como fator decisivo o braço armado do Estado (BANDEIRA, 1977). O processo de industrialização que se realizou até 1930 correspondeu à evolução do capitalismo competitivo, gerando uma crise no poder burguês ao transitar para o capitalismo monopolista. A partir dessa crise apareceram pressões contra a dominação burguesa por três vias: de fora para dentro; através do proletariado e das massas populares; e pelo próprio Estado, mediante intervenção direta na esfera econômica (FERNANDES, 1975).

Diante de tais pressões, a "fuga para frente" se realizava pela via do desenvolvimento econômico acelerado, ampliando e aprofundando a incorporação da economia nacional e das estruturas nacionais de poder à economia mundial e suas respectivas estruturas de poder. Com o capitalismo monopolista e o recrudescimento da dominação externa, da desigualdade social e do subdesenvolvimento, "o caráter autocrático e opressivo da dominação burguesa apurou-se e intensificou-se" (FERNANDES, 1975, p. 220).

Em síntese, a emergência e expansão de mercado capitalista moderno no Brasil podem ser caracterizadas e descritas a partir de três fases: eclosão de um capitalismo moderno (da abertura dos portos a 1860); formação e expansão de um capitalismo competitivo (1860-1950); e erupção de um capitalismo monopolista (fim de 1950 a após 1964). Nessa evolução, as crises enfrentadas pela oligarquia agrária "tradicional" ou por seus "rebentos" urbano-comerciais e financeiros "modernos" não teriam caráter estrutural posto que a solidariedade de classe facilitava os arranjos oligárquicos com os demais setores (FERNANDES, 1975).

Ao lado disso conformou-se um "modelo autocrático burguês" que se mantém ao longo do século 20 mediante a "impregnação militar e tecnocrática" e a "domesticação particularista do Estado". Esta expressa-se pelo caráter patrimonialista que caracteriza o Estado brasileiro, antes mesmo do domínio da burguesia:

> Os próprios cargos públicos do Brasil, reservados a premiar serviços e colocar a nobreza ociosa, passaram a ser vendidos, a partir do século XVIII. Burguesia e funcionários, afastados pelas atividades e preconceitos, se unem numa mesma concepção de Estado: a exploração da economia em proveito da minoria que orienta, dirige, controla, manda e explora (FAORO, 2000a, p. 265).

A referida "domesticação" se revela, por exemplo, na atuação do maior banqueiro e empresário do Império. Mauá, além de conseguir proteção alfandegária, buscou dois auxílios diretos: garantia de compra de tubos para encanamento de águas pelo governo e empréstimo a longo prazo e com juros baixos (FAORO, 2000b).

> O poder – a soberania nominalmente popular – tem donos, que não emanam da nação, da sociedade, da plebe ignara e pobre. [...] O Estado, pela cooptação sempre que possível, pela violência se necessário, resiste a todos os assaltos, reduzido, nos seus conflitos, à conquista dos membros graduados de seu estado-maior (FAORO, 2000b, p. 380).

No caso da "impregnação militar", sempre esteve presente nas decisões políticas da República, na superfície ou no subterrâneo,

de modo real ou potencial. A própria República, resultante de um golpe militar, foi atravessada no século 20 por várias intervenções deste tipo, com curtos momentos de democracia. Assim, têm-se as movimentações militares do início daquele século, a revolta do Forte de Copacabana em 1922, o tenentismo, o golpe de 1930, outro em 1937, quando se instala o Estado Novo, a deposição do próprio Getúlio Vargas em 1945, o golpe de 1964 e outros dentro dele, a exemplo do Ato Institucional Nº 5 (AI-5) , em 1968, e o impedimento da posse do vice-presidente Pedro Aleixo no ano seguinte, passando o país a ser dirigido por uma junta militar, sucedida por generais que ocuparam a Presidência da República até 1985.

Pressões militares em 1954 relacionam-se com o suicídio de Getúlio Vargas, com o "golpe preventivo" do General Lott para assegurar a posse de Juscelino Kubitschek (JK) e no início da década seguinte com o veto ao vice-presidente João Goulart, impedindo-o de assumir plenamente a Presidência da República, a partir da renúncia do Presidente Jânio Quadros. Daí a conclusão de que "o militarismo está para o Exército como o fanatismo para a religião, como o charlatanismo para a ciência" (FAORO, 2000b, p. 163). Portanto, o Estado brasileiro, além de capitalista e autoritário, tem como característica central o patrimonialismo:

> O coronelismo, o *compadrazzo* latino-americano, a 'clientela' na Itália e na Sicília participam da estrutura patrimonial. Peças de uma ampla máquina, a visão do partido e do sistema estatal se perde no aproveitamento privado da coisa pública, privatização originada em poderes delegados e confundida pela incapacidade de apropriar o abstrato governo instrumental (Hobbes) das leis. O patrimonialismo pulveriza-se, num localismo isolado, que o retraimento do estamento secular acentua, de modo a converter o agente público num cliente, dentro de uma extensa rede clientelista (FAORO, 2000b, p. 259).

E a incompetência da burguesia brasileira de fazer a sua revolução não parece comprometer a sua dominação:

> Os interesses burgueses superaram, assim, sua debilidade congênita na esfera política. Deixaram de 'ter de pressionar' o

> Estado por vias indiretas e precárias (através do Parlamento, dos meios de comunicação em massa, da manipulação de greves e de agitações populares etc.), conduzindo aos ajustamentos necessários a formas de exteriorização menos visíveis, mas que se adaptam melhor a requisitos técnicos e políticos de rapidez, sigilo, eficácia, segurança, economia etc. (FERNANDES, 1975, p. 346).

Apesar da relevância da questão do Estado no Brasil, poucos foram os estudos de fôlego que o tomaram como objeto. Além do clássico *Os donos do poder* (FAORO, 2000a, 2000b), podem ser ilustrados alguns ensaios que tratam do tema (CARDOSO, 1975, FIORI, 1995). Assim, o exame do Estado, adjetivado de "burocrático-autoritário" no início da década de 70, voltava mais a atenção para a natureza do regime e do "modelo político", do que para o Estado em si. Mesmo reconhecendo que no caso brasileiro o moderno Príncipe não seria o partido, mas o Estado, faltava aprofundar a análise das características e do papel desempenhado na formulação e implementação de políticas, respondendo brevemente a pergunta: que Estado é este?

> Trata-se do comitê executivo de um pacto de dominação que expressa a aliança entre funcionários (militares e civis), 'burguesia de Estado' (ou seja, executivos e *policy-makers* das empresas estatais), grande empresariado privado (nacional e estrangeiro) e os setores das 'novas classes médias' a ele ligados (CARDOSO, 1975, p. 215).

Justamente esses interesses dominantes cristalizados no Estado e nos aparelhos de hegemonia encontravam-se presentes na conjuntura da transição democrática, onde nasceu a proposta da Reforma Sanitária, devendo ser objeto de análise mais adiante. Já na década de 90 que corresponde à segunda conjuntura sob exame neste estudo, a discussão sobre o Estado brasileiro veio no bojo de propostas de reforma do Estado para adequá-lo às mudanças da infra-estrutura econômica decorrentes da reestruturação produtiva do capitalismo. Em vez de "burocrático-autoritário", acrescenta-se ao Estado o adjetivo "desenvolvimentista" para combatê-lo. Este tipo de Estado, configurado desde os anos de 1930, corresponderia à versão latino-americana da hegemonia

keynesiana da Europa, mas sem os direitos associados ao *Welfare State*. Em tempos de neoliberalismo e de hegemonia do monetarismo na condução das políticas econômicas, tal Estado desenvolvimentista teria que ser reformado no sentido contrário das mudanças propostas pela Constituição de 1988. Todavia, o projeto desenvolvimentista que serviu para adjetivar o Estado brasileiro por mais de meio século foi sustentado por um bloco político conservador, contando com apoio dos partidários do liberalismo econômico e mantendo o seu caráter autoritário (FIORI, 1995).

O Estado desenvolvimentista nasceu do "condomínio oligárquico", mantendo intocada a estrutura fundiária. Não contemplando a participação democrática, conviveu com o populismo até 1964 e a mobilização eleitoral das massas urbanas. Mantendo mobilizações e cooptação de apoios clientelistas durante a democracia e os anéis burocráticos na ditadura, este tipo de Estado perdeu o apoio empresarial e enfrentou-se com a crise fiscal, a hiperinflação e a explosão da dívida pública. Dessa análise foi possível extrair, pelo menos, o que o Estado brasileiro *não foi*:

> Se o Estado brasileiro não repetiu o desempenho dos Estados desenvolvimentistas asiáticos, tampouco foi keynesiano e, evidentemente, em nenhum momento, foi social-democrata. Também não propiciou, do ponto de vista da organização social do trabalho, nada que se possa chamar de *fordismo*, nem alocou recursos ou mesmo construiu a institucionalidade adequada ao funcionamento do *Welfare State*. (FIORI, 1995, p. 150).

Ainda que o autor não tenha avançado no estudo da natureza do Estado brasileiro após a crise do Estado desenvolvimentista, pelo menos alinhavou algumas características de um Estado que fosse forte, ágil, autônomo e democrático. Este tipo de Estado talvez se apresente mais flexível diante do desenvolvimento do capitalismo brasileiro e a formação do capitalismo transnacional em tempos de globalismo.

Finalmente, uma grande síntese da produção intelectual acerca do pensamento social no Brasil corresponde ao último livro escrito por um dos mais autênticos cientistas sociais brasileiros. No capítulo

que contempla as "teses sobre o Brasil moderno", o autor ressalta que as interpretações disponíveis podem priorizar um setor da sociedade ou "formular visões de conjunto, integrativas, buscando as linhas mestras da história nacional" (IANNI, 2004, p. 41). Ressalta como uma das interpretações recorrentes aquela que entende o Estado como demiurgo da sociedade, onde a sociedade civil aparenta um subproduto, pouco organizada ou, na acepção gramsciana, gelatinosa. Entre tais intérpretes, figuram desde autoritários, "com inflexões fascistas", até os que reconhecem a dinâmica das forças sociais subalternas.[2] Inspiram-se no modelo jurídico-político europeu de Estado-nação, com influências americanas (liberalismo, constitucionalismo, divisão dos três poderes, democracia e cidadania):

> Essa é a visão da história de boa parte das 'elites' deliberantes e governantes, visão esta na qual está implícita ou explícita a idéia de que o povo, enquanto coletividade de cidadãos, precisa ser criado e tutelado, de cima para baixo (IANNI, 2004, p. 44).

No que diz respeito à sociedade, prevalece um pensamento sobre aspectos socioculturais e psicossociais ao tratar da família, parentesco, casa-grande, patriarcalismo, herança da colonização portuguesa, oligarquia, entre outros aspectos, esquecendo ou secundarizando a economia e a política.[3] Na medida em que a sociedade é patriarcal, caberia a justificativa de um Estado demiurgo. São elaborados mitos e tipos ideais (bandeirante, índio, negro, jeca-tatu, macunaíma) produzindo-se uma história a-histórica:

> Essa família de tipos aponta para o descompromisso, a informalidade, a liberdade inocente, o trabalho como atividade lúdica, o descompromisso com a disciplina, a rejeição do trabalho como obrigação, a sociabilidade solta, imprevisível (IANNI, 2004, p. 49).

Nessa perspectiva, podem ser examinados certos mitos que integram a cultura brasileira, a exemplo da visão edenista vinculada às descobertas do Novo Mundo:

> Enquanto no Velho Mundo a natureza avaramente regateava suas dádivas, repartindo-as por estações e só beneficiando os previdentes, os diligentes, os pacientes, no paraíso americano ela se entregava de imediato em sua plenitude, sem a dura necessidade - sinal de imperfeição - de ter de apelar para o trabalho dos homens (BUARQUE DE HOLANDA, 2000, p. 10-11).

As formas de sociabilidade vão se estruturar via religião, especialmente através do catolicismo, seja na Colônia, Monarquia ou República.[4] A religião católica representaria a argamassa intelectual, cultural e ideológica, "sendo particularmente relevante em conjunturas críticas, quando se ameaçam ou rompem estruturas de poder (IANNI, 2004, p. 50). Assim, antes de 1964, as discussões sobre um projeto de "capitalismo nacional" envolveram setores sociais e organizações de esquerda, contemplando a industrialização ou uma suposta "vocação agrária", mas que se expressaram, concretamente, na formação "de um novo bloco de poder, de composição industrial-agrária, sob a direção da burguesia industrial em expansão" (IANNI, 2004, p. 52).[5]

Os herdeiros desse projeto de "capitalismo nacional", que aparecem em crise na *Terra em transe* do Glauber Rocha, ou se misturam com o tropicalismo presente no mencionado filme de Cacá Diegues, vão se enfrentar com a ampla inserção do Brasil na economia mundial e com o neoliberalismo progressivamente adotado pelos governos desde 1985:

> À medida que predomina o projeto de 'capitalismo transnacional', desenvolve-se uma crescente dissociação entre o Estado e a Sociedade, rompendo-se o metabolismo que se havia criado nas décadas anteriores. Modificam-se os significados de 'público' e 'privado', 'nacional' e 'mundial', 'indivíduo' e ' sociedade', 'povo' e 'cidadão', 'democracia' e 'tirania' (IANNI, 2004, p. 53).

Alinhados com o FMI, Banco Mundial e Organização Mundial do Comércio (OMC), certos autores, atores e executores[6] utilizaram o maniqueísmo capitalismo versus comunismo para formular e implementar suas políticas durante a Guerra Fria. Na passagem

do século 20 para o 21, suas diretrizes configuraram o chamado “pensamento único”, independentemente de outras tendências presentes na sociedade civil:

> A maioria dos setores sociais, compondo a maior parte do povo, tem sido alijada de conquistas sociais que haviam alcançado em longas décadas de lutas sociais. Grande parte da sociedade está sendo desafiada a reorganizar-se e movimentar-se de modo a sobreviver em um contexto no qual o Estado se transforma em aparelho administrativo de classes e grupos sociais, ou blocos de poder, dominantes em escala mundial (IANNI, 2004, p. 55).

Alternativamente, a idéia do socialismo estimulou a análise da formação da sociedade brasileira centrada nas classes sociais e na luta de classes.[7] Nessa perspectiva, procura-se explicar o caráter específico da “revolução burguesa”, especialmente após a abolição formal da escravatura. A partir de estudos historiográficos ou de contribuições literárias, essa corrente desenvolveu “toda uma interpretação original da história do Brasil, desde as condições e as possibilidades dos setores sociais subalternos” (IANNI, 2004, p. 56). Com base nessa matriz teórica marxista, tem-se analisado o bloco agrário da 1ª República e a sua recomposição a partir da década de 1930 como bloco de poder industrial-agrário.

A partir de um “capitalismo associado” construído na segunda metade do século 20, especialmente com a “era JK” e o período da ditadura, aprofundou-se o debate sobre desenvolvimento e dependência, cujo desenlace se expressa na passagem do século 21:

> A interpretação da formação e da transformação da sociedade brasileira na perspectiva da sociedade de classes revela nexos e movimentos fundamentais do Brasil-Nação, uma história atravessada por lutas sociais e rupturas históricas. E aponta para o projeto de ‘socialismo’, como idéia e prática, reivindicações e lutas, a caminho da democracia política e social. Sob vários aspectos, o projeto de ‘socialismo nacional’ tem raízes em momentos cruciais da história brasileira; e está desafiado a recriar-se, quando está em curso um novo ciclo de globalização do capitalismo, compreendendo a

> transnacionalização das classes e lutas de classes (IANNI, 2004, p. 57).

Portanto, ao lado da sociedade, da cultura e da economia há um Estado brasileiro que precisa ser decifrado no "caminho da democracia política e social". Este Estado que passa a ter a saúde como dever, necessita ser investigado na sua estrutura de poder. Entre o Estado que *não foi* e o Estado *que fosse*, deve haver um Estado *que é*: capitalista, autoritário, privatizado e patrimonialista. Este Estado realmente existente foi aquele do qual o *projeto* da Reforma Sanitária teve a oportunidade de se aproximar em um momento de crise de hegemonia, presente na transição democrática, ainda que resultante de um "pacto pelo alto".

No caso da sociedade, permanece o desafio de compatibilizar a dominação burguesa com a democracia. O conhecimento dessa sociedade e desse Estado realmente existente se faz necessário para compreender o *processo* da RSB. Assim, a transição que possibilitou a inclusão, na cena política e em aparelhos estatais, de sujeitos oriundos de movimentos sociais que lutaram contra a ditadura e pelo reconhecimento dos direitos sociais, pode indicar a atuação de outros atores políticos que apostaram no desenvolvimento da cidadania, apontando para a possibilidade de uma Reforma Democrática do Estado no Brasil.

Este pensamento social sobre o Brasil constitui o legado teórico que a geração comprometida com a democratização da saúde tem ao seu dispor. Suas possibilidades de analisar e interpretar a realidade brasileira talvez ajudem a compreender os impasses constatados no *processo* da RSB e a discutir suas perspectivas:

> Esta pode ser uma surpreendente 'lição' dessa história: boa parte das 'elites' empresariais, intelectuais, militares e eclesiásticas tem escasso ou nulo compromisso com a nação, a sociedade nacional, o povo; em razão de seus vínculos sempre renovados, com as 'elites' transnacionais, desde o colonialismo ao globalismo. Por isso resta a impressão de que são estranhos, ou alheios; na realidade colonizadores, conquistadores ou desfrutadores. Visto assim, em perspectiva histórica

> de larga duração, o projeto de 'capitalismo transnacional' ou 'globalizado', tem antecedentes no colonialismo e no imperialismo, entrando em novo ciclo com o globalismo (IANNI, 2004, p. 55).

As interpretações acima mencionadas,[8] resultantes de macroleituras do Brasil, longe de serem exaustivas ou consensuais, procuram examinar a sociedade, a economia, a política e a cultura de forma menos parcial. Ao privilegiarem as relações existentes na estrutura social, podem contribuir para a contextualização do presente estudo e para a análise de um projeto de reforma social em distintas conjunturas.

Notas

[1] Depois de *O abre alas* de Chiquinha Gonzaga (1897) e *Pelo telefone* de Donga (1917), aparecem as obras de Pixinguinha, Caymmi, Noel, Luiz Gonzaga, a *Bossa nova* (59-60), a *Jovem guarda* (1965), *A banda* do Chico Buarque (1966) e juntamente com o *O rei da vela* de José Celso Martinez, foram criados *Alegria alegria* (Caetano Veloso), *Domingo no parque* de Gilberto Gil e o Tropicalismo (1968).

[2] Nessa linha de pensamento, segundo o autor, podem ser identificados Alberto Torres, Oliveira Viana, Francisco Campos, Hélio Jaguaribe, Bolivar Lamounier, entre outros.

[3] Aqui se encontram Gilberto Freire, Thales de Azevedo, Jorge Amado, Darcy Ribeiro, Roberto da Matta, entre outros.

[4] Nesta, sobressaem Jackson de Figueiredo, Alceu Amoroso Lima, Gustavo Gorção e Frederico Schmidt.

[5] Nesse caso, aparecem intelectuais bem conhecidos como Roberto C. Simonsen, Rômulo Almeida, Celso Furtado, Francisco de Oliveira, Paul Singer e outros.

[6] Entre esses economistas destacam-se: Eugênio Gudin, Octávio Gouveia de Bulhões, Roberto Campos, Mário Henrique Simonsen e Delfim Neto.

[7] Inspirados nos escritos de Caio Prado Júnior, aparecem nessa corrente Nelson Werneck Sodré, Leandro Konder, Carlos Nelson Coutinho, entre outros, além de escritores como Euclides da Cunha, Lima Barreto e Graciliano Ramos.

[8] Ribeiro (1975), Fernandes (1975), Cardoso (1975), Sodré (1977), Fiori (1995), Oliveira (1999); Furtado (2000), Prado Júnior (2000); Buarque de Holanda (2000), Faoro (2000b), Ianni (2004).

Conjuntura da transição democrática: da criação do cebes à constituição

> A maioria dos seres humanos atua como historiadores: só em retrospecto reconhece a natureza da sua experiência (HOBSBAWM, 1995, p. 253).

Antes de tomar como referência para esse primeiro período de análise a fundação do Cebes, caberia caracterizar essa conjuntura reconhecida como transição democrática que tem o ano de 1974 como emblemático no que tange ao processo político brasileiro.

O General Geisel iniciou o governo admitindo que depois do sucesso da abertura econômica que teria levado ao "milagre brasileiro" pela "Revolução", caberia dar início a abertura social e política. Assim, foi lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) onde se afirmava que a "Revolução" não se solidarizava com a idéia de que seria preciso o bolo crescer para depois dividi-lo. Defendia que enquanto o país crescesse economicamente poderiam ser executadas políticas compensatórias, apontando para investimentos sociais (BRASIL. Presidência da República, 1974). Do mesmo modo, o governo anunciava uma distensão política "lenta, segura e gradual", aliviando

a censura da grande imprensa e disponibilizando o senador Petrônio Portela para dialogar com setores da sociedade civil (SILVA, 1979). Foram realizadas as eleições legislativas em novembro, flexibilizando as restrições vigentes. O então Movimento Democrático Brasileiro (MDB) elegeu 16 senadores, conquistando 45% dos votos para a Câmara Federal (VAN STRALEN, 1995).

O discurso social do Governo Geisel face aos impasses econômicos e políticos do regime tomava corpo, então, no II PND. Estabeleceram-se novas estratégias de planejamento social e no caso do setor saúde tiveram início as chamadas *políticas racionalizadoras*. Tais políticas incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário. Esta foi a resposta do Estado brasileiro à crise sanitária no período do "milagre econômico", seja em relação às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, seja no que se refere às condições de saúde, como o aumento da mortalidade infantil, a epidemia dos acidentes de trabalho, o recrudescimento de endemias e a questão da meningite.

> O SNI informara ao presidente que 'notícias alarmantes sobre a ocorrência de surtos de doenças graves e perigosas, tais como a meningite', uma vez 'exploradas pelos meios de comunicação', poderiam intranqüilizar o povo. Quando Geisel recebeu esse documento, São Paulo vivia o pico de uma epidemia de meningite que atingira 18 mil pessoas e matara cerca de duzentas. Duas semanas depois o governador Laudo Natel proibiu que se dessem informações à imprensa (GASPARI, 2004, p. 110).

Técnicos do governo perguntavam por que motivos a "Revolução" não conseguia por ordem no caótico sistema de assistência médica e sanitária (BASTOS, 1975). Nesse contexto o planejamento instalou-se como prática institucional no Ministério de Saúde, pois até então restringia-se às experiências frustradas e isoladas em alguns Estados, ou mera retórica de discursos oficiais e acadêmicos. Na medida em que o autoritarismo se debilitava a questão social voltava à tona, indicando momentos de crise do Estado ou de hegemonia (LUZ,

1979). Apareceram nesse quadro certos movimentos em torno da questão de saúde nos seguintes segmentos: populares, estudantis, profissionais e intelectuais.

No segmento popular surgiram as mobilizações contra a carestia (Movimentos do Custo de Vida), os clubes de mães, os conselhos comunitários e as organizações na Zona Leste e na periferia de São Paulo, muitos deles vinculados a setores progressistas da Igreja Católica (JACOBI, 1993). Tais iniciativas podem ser identificadas em outras localidades do país vinculadas ao denominado Movimento Popular de Saúde (MOPS).

No segmento estudantil teve início a *Semana de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC)* onde se "formam consciências que mais tarde serão decisivas na constituição de movimentos que vão orientar o pensamento mais progressista de saúde no Brasil" (MACHADO, 1987, p. 301), a exemplo do Cebes e da Abrasco, conforme depoimento a seguir:

> Em 1974, alguns estudantes de medicina da UFMG fundaram, através do Diretório Acadêmico Alfredo Balena, um 'Centro de Estudos de Saúde' e promoveram a partir daí várias discussões acerca da Medicina de Comunidade. Daí surgiu a idéia de se organizar, com apoio de alguns professores, a 'I Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária' - SESAC (SANTOS, 1995, p. 38).

Depois do "Pacote de Abril", os estudantes da chamada "geração de 1977" pediam libertação dos presos políticos e liberdades democráticas. Na USP ocorreu uma greve com cerca de 60 mil jovens e 10 mil foram para as ruas, irradiando a mobilização para o Rio de Janeiro, Brasília, Belo Horizonte, Salvador e Porto Alegre. Enquanto isso, o Serviço Nacional de Informações (SNI), sob a marca de "secreto", registrava em 5 de outubro de 1977 uma entrevista do presidente do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo, o Lula:

> O estudante mantém o idealismo por quatro anos, depois passa a explorar a classe operária. Os estudantes estão de parabéns, pelo que estão fazendo, seu papel na sociedade é

> este mesmo, mas não aceito a idéia de tentar envolver a classe operária (LULA *apud* GASPARI, 2004, p. 459).

No segmento profissional verifica-se uma mobilização dos médicos residentes em torno da regulamentação da Residência Médica, expandindo-se posteriormente para o conhecido Movimento de Renovação Médica (REME). No segmento intelectual ou da "academia" pode ser destacada a participação de docentes inseridos nos departamentos de medicina preventiva e social e escolas de saúde pública, além de pesquisadores vinculados à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), cujos debates anuais incidiam em críticas ao regime e ao governo. Nesse particular, têm sido mencionados o Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES) da Fiocruz, o Mestrado em Medicina Social do IMS/UERJ, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs))da USP, da Santa Casa, da Paulista de Medicina, de Ribeirão Preto, de Botucatu, a Faculdade de Medicina da UFMG, o Mestrado em Saúde Comunitária da UFBA e o recém-criado DMP da Universidade Federal da Paraíba (ESCOREL, 1995). Muitos desses professores apoiavam discussões dos estudantes na Sesac e no Encontro Científico de Estudantes de Medicina (ECEM) que, progressivamente, politizavam a saúde.

Esses movimentos representam antecedentes importantes da Reforma Sanitária Brasileira. Pode-se, ainda ressaltar a participação das universidades e dos serviços de saúde no desenvolvimento de programas de medicina comunitária, geralmente financiados por fundações americanas, contemplando a integração docente-assistencial, com ênfase no pessoal auxiliar, organização de serviços de saúde e participação da comunidade. Nesse particular, a experiência de Montes Claros representou a face mais ousada de um projeto contra-hegemônico, identificada como uma das origens institucionais da proposta da Reforma Sanitária e do SUS (VAN STRALEN, 1995, MACHADO, 1995, CAMPOS, 1995, LOBATO, 1995):

> Como um laboratório da democratização na saúde, ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais

> instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como o processo da Reforma Sanitária, tais como, a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais (FLEURY, 1995, p. 14).

Muitas dessas iniciativas, incluindo posteriormente o movimento sindical, desembocaram no Cebes. Em investigação realizada sobre o movimento sanitário foram destacados os seguintes componentes: a) as bases universitárias e "academia" (departamentos de medicina preventiva e social, Programa de Estudos Sócio-Econômicos de Saúde (PESES), etc.); b) o movimento estudantil e o Cebes; c) o movimento médico (Movimento dos Médicos Residentes e o REME); d) os projetos institucionais (Montes Claros, PIASS, etc.) (ESCOREL, 1998).

Do lado do Estado foi criado, ainda, nessa conjuntura o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) quando, junto à privatização da assistência médica da Previdência Social, eram produzidos os programas verticais do Ministério da Saúde e PECs. Os Programas de Extensão de Cobertura (PECs), inspirados na Medicina Comunitária, apresentavam-se como uma proposta de prestação de serviços a grupos populacionais excluídos do consumo médico. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass), criado em 1976 pelo Instituo de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e executado pelo Ministério da Saúde, representou um espaço de articulação de grupos progressistas, alguns oriundos da experiência de Montes Claros, onde podem ser identificados elementos organizativos do futuro SUS. A expansão dos PECs, no entanto, deveria ser programada de tal modo a não incidir sobre os interesses privados cristalizados no setor saúde. Assim, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, a Campanha da Meningite, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (Lei 6259/75), a Rede de Laboratórios de Saúde Pública, o Programa Especial de Controle da Esquistossomose

(PECE) o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan) e a chamada "Política Nacional de Saúde" (PAIM, 1981).

Além dessas iniciativas político-institucionais foram produzidos dispositivos legais, a exemplo do envio do projeto de lei ao Congresso Nacional, instituindo o Sistema Nacional de Saúde, objeto de discussão da V Conferência Nacional de Saúde:

> O Sistema Nacional de Saúde não tem em vista unificar, sob a égide do Estado, a prestação de serviços pessoais de saúde, mas contempla a organização e a ampliação do exercício dessas atividades pelo setor público como um meio de assegurar a todo cidadão o acesso aos benefícios da medicina científica (BASTOS, 1975, p. 50-51).

Não se pretendia, portanto, criar um sistema único sob responsabilidade estatal mas, fundamentalmente, organizar as atividades do setor público. A própria opção pelo enfoque sistêmico podia ser entendida como intervenção racionalizadora sem a pretensão de modificar substancialmente a estrutura de prestação de serviços de saúde. Um documento elaborado no Ministério da Previdência e Assistência Social com uma abordagem mais ampla foi proibido de circular na V Conferência Nacional de Saúde, a não ser sob versão "pirata". Houve censura no próprio título do documento, riscado por pincel atômico, não sendo possível ler integralmente o conteúdo da folha de rosto.[1]

O referido texto trazia uma análise da organização sanitária brasileira com um breve histórico e apresentando as seguintes características do "sistema" então vigente: insuficiente, descoordenado, mal distribuído, inadequado, pouco eficaz e com baixa eficiência. Apresentava uma sinopse caracterizando a "situação atual" e a "situação prevista" no que tange aos objetivos, atribuições, processo decisório, clientela, dispêndio de recursos, controle e avaliação. Propunha que o SNS fosse dirigido e coordenado pelo Conselho de Desenvolvimento Social a partir de três subsistemas: Saneamento e Controle do Meio Ambiente (SCMA), Prestação de Serviços de Saúde às Pessoas (PSSP) e Atividades de Apoio ao SNS (SSAA).

Finalmente, explicitava as responsabilidades dos estados e municípios no "sistema" proposto.

No âmbito da oposição já se demonstrava a limitação dessas iniciativas governamentais, destacando-se a composição da "morbidade moderna" com a "morbidade da pobreza" e, simultaneamente, a justaposição da incapacidade de solução de problemas básicos com uma tecnologia moderna. Assim, o "sistema de saúde" brasileiro era composto por uma medicina de baixa densidade de capital e grande extensão social, precariamente organizada, e um componente de alta densidade de capital e com pequeno alcance social, mas voltado para um padrão internacional (AROUCA, 1975). E ao proceder a uma crítica do setor saúde, esse autor procurou caracterizar a crise da saúde e da medicina em particular, para além de questões de organização e racionalização, destacando aspectos mais estruturais:

> O setor saúde encontra-se em uma crise de realização decorrente do baixo impacto e alto custo do atual conhecimento médico. [...] A medicina contemporânea caracteriza-se pela crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, exercida por agentes altamente especializados, diversificados e prestigiados, em que cada vez mais o ato médico se transfigura na técnica e no instrumento, provocando uma baixa cobertura populacional. [...] O setor saúde possui como fator preponderante o diagnóstico e a terapêutica, e centra suas ações sobre o 'complexo de efeitos', reproduzindo constantemente uma população necessitada de serviços médicos (AROUCA, 1975, p. 17-19).

O fragmento acima indicava que as medidas racionalizadoras, apesar de necessárias, eram insuficientes para enfrentar os determinantes da crise do setor saúde. Essa crise se expressava pela baixa eficácia da assistência médica, pelos altos custos do modelo médico-hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde em função das necessidades da população. Além disso, convivia com a falência do "milagre econômico", com a crise do capitalismo mundial do início dos anos setenta e com o decréscimo de legitimidade do

autoritarismo, evidenciado pelos resultados das eleições de 1974. Todos esses elementos pareciam configurar, em termos gramscianos, uma crise de hegemonia:

> A economia, cada vez mais dependente da entrada de recursos externos, perdera fôlego industrial e ganhara ânimo financeiro. Os empresários reclamavam dos juros, mas o dinheiro caro era uma fatalidade. Sem pagar taxas superiores às do mercado internacional, seria impossível captar petrodólares. Tornara-se preferível tomar dinheiro emprestado no exterior e aplicá-lo no mercado financeiro nacional a investi-lo na produção (GASPARI, 2004, p. 336).

Conseqüentemente, uma reforma a ser concebida para o sistema de serviços de saúde teria de transcendê-lo, superando meros arranjos administrativos. No entanto, mesmo um governo autoritário que conseguiu sem dificuldades a aprovação da Lei 6229/75 pelo Congresso Nacional enfrentou obstáculos na sua regulamentação no sentido de assegurar a organização e implantação do Sistema Nacional de Saúde:

> A proposição do atual Sistema Nacional de Saúde provém de diferentes interesses, preocupações e necessidades. [...] Isto, faz, portanto supor que entre os determinantes dos estudos paralelos, que acabaram por produzir a atual lei, estivesse acrescentada a disputa pela hegemonia - ou uma proposta de reorganização ou de redisposição - dentro do poder público das esferas que desempenhavam ações mais ou menos autônomas no campo da saúde (QUADRA; CORDEIRO, 1976, p. 3).[2]

Como forma de contornar esses obstáculos, o governo investiu nos PECs que, embora se caracterizassem como propostas dominadas por referência ao conjunto das políticas de saúde e ao modelo médico-hospitalar dominante, representavam uma "estratégia de reserva" do Estado face à crise do setor e, simultaneamente, um espaço de luta para as forças progressistas:

> Quaisquer que tenham sido os propósitos e objetivos do Estado, com a implementação dos programas de extensão de coberturas de serviços de saúde, o fato é que eles são

> aproveitados pelos setores mais progressistas do sanitarismo brasileiro para levar à frente práticas participativas que, se não têm grande impacto no sentido de fazer avançar a democracia, iniciam um longo e rico processo de resistência ao autoritarismo no setor (MACHADO, 1987, p. 301).

Nessa conjuntura ocorria um questionamento do autoritarismo em todas as suas formas, com ampliação dos espaços políticos em busca da democratização da sociedade brasileira mediante a "contrapolitização da saúde" exercida pelos trabalhadores da saúde e setores populares. Discutia-se a crise da saúde e o autoritarismo impregnado às práticas de saúde propondo-se uma redefinição de tais práticas a partir de uma crítica por dentro das mesmas. Admitia-se a validade dessas iniciativas na medida em que o avanço das forças democráticas e populares conseguisse realmente por em crise o autoritarismo do planejamento e o do regime (PAIM, 1981).

O nascimento do Cebes

Na segunda metade da década de 1970, enquanto se aprofundam as contradições no âmbito do setor saúde, ocorreu um renascimento dos movimentos sociais, envolvendo a classe trabalhadora, setores populares, estudantes, intelectuais e profissionais da classe média. Tais movimentos se expressaram na saúde, como se descreveu no tópico anterior, constituindo-se em possibilidades de articulação de forças sociais contrárias às políticas de saúde autoritárias e privatizantes:

> O ano de 76, por exemplo, registra o espancamento do Bispo Don Adriano Hipólito; as mortes do operário Manuel Fiel Filho, nos porões do DOI-CODI, e dos três dirigentes do PC do B em São Paulo; a cassação de inúmeros parlamentares; a edição da famigerada Lei Falcão; as explosões de bombas na ABI, na OAB, no CEBRAP, na Editora Civilização Brasileira. São tempos duros de violência e de resistência (AMARANTE, 1997, p. 163).

Esses enfrentamentos, juntamente com a impossibilidade econômico-financeira de o Estado enfrentar a crise sanitária e de buscar

legitimidade popular pela extensão dos serviços de saúde, mantendo o modelo dominante de atenção médico-hospitalar, favorecem a reatualização do discurso oficial e a formulação de contra-políticas. Enquanto o governo implementava políticas racionalizadoras, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em julho 1976, durante a 32ª *Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*, realizada na UnB (Brasília), trazendo para discussão a questão da democratização da saúde e constituindo-se como um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde.

> Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas 'originais'; significa também, e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, 'socializá-las' por assim dizer; e portanto, transformá-las em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato 'filosófico' bem mais importante e original do que a descoberta, por parte de um 'gênio' filosófico, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais (GRAMSCI, 1999, p. 95-96).

Não se identificou na revisão da literatura uma publicação específica sobre a história do Cebes. Apenas foi identificada uma apresentação em Congresso (SOUZA, 2000). Diferentemente da Abrasco que produziu recentemente uma publicação sobre a sua história (LIMA; SANTANA, 2006), o Cebes preferiu republicar, no seu processo de "refundação", certos "textos clássicos" ou "referências das referências" (FLEURY; BAHIA; AMARANTE, 2007) em vez de contar a sua própria história.

Ainda assim, é possível afirmar que essa "multidão" de mulheres e homens que se mobilizaram para pensar e mudar a saúde em torno do Cebes, constituíram o movimento pela democratização da saúde, a partir da socialização da produção acadêmica crítica da emergente Saúde Coletiva brasileira (CORDEIRO, 2004), passando a realizar a filosofia, a política em ato: "não se pode separar a filosofia da política; ao contrário,

pode-se demonstrar que a escolha e a crítica de uma concepção do mundo são, também, fatos políticos" (GRAMSCI, 1999, p. 97.).

Como intelectual coletivo da RSB, o Cebes utilizou a democratização a saúde na construção de identidades, denunciando as iniqüidades da organização econômico-social e as perversidades do sistema de prestação de serviços de Saúde privatizado, mas participando das lutas pela democratização do país e por uma dada racionalidade na organização das ações e serviços de saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003). Propiciou um conjunto de debates sobre saúde, editou a Revista *Saúde em Debate*, publicou livros (Samuel Pessoa, Carlos Gentile de Melo e Giovanni Berlinguer) e promoveu reuniões em parceria com a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC):

> Uma espécie de conjunto de intelectuais orgânicos, digamos assim, na perspectiva gramsciana. [...] uma espécie de desaguadouro de síntese do que vinha dos movimentos sociais urbanos, das associações de moradores, da igreja, do sindicalismo, da academia, dos departamentos de medicina preventiva que estavam pensando criticamente a coisa da saúde (TEMPORÃO *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 58).

Assim as políticas formuladas, além de um componente racionalizador, apresentavam um caráter democratizante. Associava a luta política a propostas técnicas. Esse movimento de pessoas e idéias era "uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado" (ESCOREL, 1995, p.141). Apesar de inicialmente contar com a influência de militantes do antigo Partido Comunista Brasileiro (PCB) e de reunir profissionais de saúde, o Cebes caracterizava-se pelo suprapartidarismo e pelo não corporativismo (RODRIGUEZ NETO, 2003).

> Não é um partido, não é uma burocracia, não tem regimento interno. As pessoas se identificam, porque têm uma mesma abordagem teórica, um mesmo discurso e uma mesma luta. As pessoas se tornam parceiras de uma proposta de transformação e entram e saem e vão e voltam (ESCOREL *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 66).

Nessas iniciativas constata-se a configuração de um conjunto de elementos que, posteriormente, vão constituir a *idéia* da Reforma Sanitária, inspirada nas ciências sociais marxistas. Assim, logo no número 2 da Revista *Saúde em Debate* aparecia no seu editorial o princípio "de que a saúde é um direito de cada um e de todos os brasileiros", assumindo "a necessidade de organizar a prestação de serviços de saúde em nova perspectiva [...], desejando uma mudança real das condições de saúde do povo" (EDITORIAL, 1977a, p. 3-4). A expressão Reforma Sanitária foi mencionada três vezes no editorial do número seguinte da revista, quando vinculava tal idéia às tarefas do Cebes:

> Trata-se de desenvolver o CEBES como um órgão democrático e que preconiza a democratização do setor saúde, recebendo todas as contribuições que atendam aos objetivos de uma Reforma Sanitária, que deve ter como um dos marcos a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada, crescente, possibilitando sua influência nos níveis decisórios e ampliando o acesso a serviços de saúde de boa qualidade (EDITORIAL, 1977b, p. 3).

No âmbito do Estado, especialmente em municípios com governos progressistas, iniciou-se uma mobilização de secretários municipais de saúde. Em 1978, por exemplo, ocorreu o primeiro Encontro de Secretários Municipais de Saúde das capitais do Nordeste, seguido de muitos outros (SANTOS, 1987). A partir desse momento começava a se elaborar a *proposta* da Reforma Sanitária, enfatizando a unificação dos serviços, a participação dos usuários, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção. Reconheciam-se entre os obstáculos para a sua consecução as atividades lucrativas ligadas à saúde, entre as quais as empresas e cooperativas, as indústrias farmacêuticas e alimentícias, bem como as vinculadas aos equipamentos hospitalares e instrumentos médicos. E ao entender o Cebes como parte de um movimento de opinião, defendia o acompanhamento crítico do setor "visando definir mais concretamente o conteúdo de uma Reforma Sanitária" (EDITORIAL, 1977b, p.4). Portanto, a partir de uma *idéia* pouco estruturada sobre e pertinência de uma Reforma Sanitária no

Brasil, constata-se uma evolução para transformá-la em uma *proposta*, com base em uma definição mais concreta do seu conteúdo.

As mobilizações sociais, inclusive da classe operária, apontavam para a pertinência de tais formulações. Em maio de 1978, por exemplo, 2 mil operários da Saab Scania e 11 mil trabalhadores da Ford de São Bernardo do Campo (SP) paralisaram o trabalho, reivindicando 20% de aumento salarial, melhores condições de transporte e melhoria da assistência médica (SILVA, 1979).

Nesse momento de tantas manifestações políticas, o Cebes apresentou no *I Simpósio de Política Nacional de Saúde* da Comissão de Saúde (BRASIL. Câmara dos Deputados, 1980) o documento *A Questão Democrática da Saúde* (CENTRO BRASILEIRO..., 1980) propondo, pela primeira vez em 1979, a criação do SUS. Esse texto foi divulgado anteriormente durante a VI SESAC, realizada em Florianópolis, possivelmente entre 8 e 13 de abril de 1979, (coletânea sem data), com o título *A questão democrática na área de saúde* e autoria de Hésio Cordeiro, José Luiz Fiori e Reinaldo Guimarães. A importância histórica desse texto, entre outros aspectos, reside no fato de, pela primeira vez, propor a criação do "Sistema Único de Saúde (SUS)", posteriormente, adotado como documento do Cebes Nacional e apresentado por Sérgio Arouca no *I Simpósio de Política de Saúde da Câmara de Deputados*. Essa VI SESAC teve quatro mesas-redondas programadas que ilustram muito bem as preocupações políticas do período: Condição de Saúde e Vida, Universidade Ensino e Saúde, Sistema de Saúde e Trabalhos Práticos. Assim, na referida coletânea foram publicados mais três textos anteriormente divulgados pela Revista do Cebes, *Saúde em Debate* que problematizavam a atenção primária em saúde: *Uma experiência de assistência sanitária primária* (Nilton Tornero, Darli Soares, Lilia Magalhães e Paulo Gutierrez), *Medicina Comunitária: Introdução a uma análise crítica* (Jairnilson Paim) e *Medicina de Comunidade: Implicações de uma teoria* (Anamaria Tambellini Arouca e Antônio Sérgio Arouca).

O referido documento do Cebes representou um marco na construção da *proposta* da RSB, ou seja, não se tratava mais de

uma *idéia* da necessidade de uma reforma, mas de um conjunto de proposições, como se realçara no editorial a seguir:

> A questão fundamental que atualmente se coloca é a da organização de um sistema democrático na área da saúde e portanto de sua gestão, ou seja, de que os verdadeiros interessados na área, os seus profissionais (médicos, enfermeiras, nutricionistas, etc.) e os usuários representados por seus sindicatos e associações, e os partidos políticos possam abrir um amplo debate sobre a Política Nacional de Saúde e influenciar efetivamente na sua definição (EDITORIAL, 1980, p. 3).

Com base nessa *proposta*, o movimento sanitário foi se desenvolvendo desde o final do período autoritário, ampliando-se com a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), com a conquista de entidades pela Renovação Médica (REME), com a mobilização nacional pelas *Diretas já* e culminando com a elaboração do Programa de Governo de Tancredo Neves quando se anunciava a fundação de uma *Nova República* e se propunha uma "reviravolta na saúde" (ESCOREL, 1988, 1998). Assim, o Cebes tem sido reconhecido como o primeiro "protagonista institucionalizado" do movimento sanitário brasileiro (RODRIGUEZ NETO, 1997), ou mesmo "um espaço muito importante de formulação, divulgação e propaganda dessas novas idéias e de luta pela Reforma Sanitária" (TEMPORÃO *apud* FALEIROS *et al*., 2006, p. 58). Trata-se, portanto, menos de uma entidade, mais um movimento:

> [...] Um movimento que reúne intelectuais, profissionais da área de saúde, organizações e associações, tendo como referencial ético a saúde como valor universal, o que só pode ser concretizado através da reformulação do sistema, para atingir a universalização e equidade (VAITSMAN, 1989, p. 153).

A história do Cebes e a sua vinculação orgânica à Reforma Sanitária Brasileira ilustram o ciclo no qual uma *idéia* pode desencadear *movimento* capaz de apresentar *proposta* que se torna *projeto* e *processo*:

> O nascimento do movimento sanitário fazia com que as idéias tivessem a capacidade de empolgar corações e mentes das coletividades, porquanto as idéias já existiam, e uma coisa são as idéias, mas os formuladores de idéias transformaram-nas num movimento social. Esse salto de qualidade se deu no segundo qüinqüênio dos anos 70 (SANTOS *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 59).

A aproximação com segmentos populares, especialmente com a classe operária nos anos seguintes, buscou superar o "fantasma da classe ausente"[3] e ampliar as bases de sustentação política para as transformações necessárias, conforme a síntese a seguir:

> Resumindo, o movimento intelectual da academia, o movimento de gestão direta dos serviços, tanto no Inamps quanto nos governos estaduais e municipais, os movimentos sociais, dos quais faziam parte operários e trabalhadores, os movimentos populares [de vizinhança] e o movimento da política formal criaram as condições políticas para a Reforma Sanitária (NORONHA *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 99).

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde)

O Governo Figueiredo inicia em 1979 com o III Plano Nacional de Desenvolvimento (III PND) que nada de novo prometia para a Saúde e Previdência (BRASIL. Presidência da República, 1979). Composto de mais de 16 páginas concedia apenas 21 linhas para Saúde e Previdência Social, repetindo os velhos clichês de outros planos de desenvolvimento tais como: ampliar e melhorar os serviços de saúde pública, combater as endemias, fortalecimento de atividades de medicina preventiva, reduzir custos, expandir atividades previdenciárias "inclusive as do setor privado". Reconhecia também as funções do Ministério da Saúde, na definição e coordenação das políticas de saúde, acenava para a descentralização de atividades para Estados e municípios e prometia esforço de desburocratização e racionalização do sistema de arrecadação da Previdência.

Ao contrário do que se podia esperar daquele governo, tendo em vista o conteúdo do III PND, a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em março de 1980, constituiu-se num marco do chamado discurso "democrático-social" do Estado brasileiro. Não que a saúde e a previdência passassem a se constituir uma prioridade no âmbito das políticas sociais, contempladas com percentuais significativos dentro do orçamento. Essas questões, por conformarem um campo de luta política e ideológica em tempos de crise de hegemonia, estimularam novas estratégias para a ação estatal. Como explicar, que esse mesmo governo apresentasse durante a VII CNS, um discurso "democrático-social", enfatizando a atenção primária da saúde (BRASIL, 1980a), anunciando o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), apelando para a "participação social" e prometendo o resgate da "dívida social" para com os excluídos do processo de desenvolvimento brasileiro?

O Prev-Saúde foi então lançado durante a citada Conferência e apresentado aos seus 400 participantes com o aval do Presidente da República e de Ministros de Estado. No que pese a euforia que atravessou certos escalões tecnoburocráticos progressistas que viam nas propostas do Ministério da Saúde a possibilidade de um projeto alternativo em saúde ou mesmo o desânimo de alguns críticos que lamentavam a apropriação do discurso da esquerda pelo Governo, cabia o alerta feito no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em outubro de 1979:

> Não vejo como considerar seriamente, nas condições atuais da sociedade brasileira e das organizações de serviços de saúde no Brasil, a possibilidade de viabilizar uma proposta de política de saúde ou de organização de serviços de saúde, radicalmente alternativa [...]. Ou esta proposta é construída com a população ou não será construída [...]. Entendo, ao mesmo tempo, que não se deve declinar de defendê-la (DONNANGELO, 1980, p. 87).

O Prev-Saúde, na sua versão original apresentava três objetivos: a) estender a cobertura por serviços básicos de saúde a toda a população; b) reorganizar o setor público de saúde, pela articulação

das diversas instituições existentes e pela reordenação da oferta de serviços, implicando a redução dos custos unitários e no aumento da produtividade dos recursos disponíveis; c) promover a melhoria das condições gerais do ambiente com ênfase em sistemas simplificados de abastecimento d'água e em medidas sanitárias necessárias ao controle da esquistossomose e da doença de Chagas.

> A partir da primeira versão do projeto (julho de 1980), que iria se chamar, originalmente, Pró-Saúde e que, posteriormente, por imposição do Ministério da Previdência, passou a ser o Prev-Saúde, o processo ocorrido foi quase 'surrealista'. Nenhuma das versões elaboradas chegou a ser assumida oficialmente. As versões eram 'vazadas', havia debates públicos sobre as mesmas, eram negadas para, depois, aparecerem modificadas e seguirem o mesmo processo, até o começo de 1981, quando se extinguiu como projeto. Ao final de algumas versões, o Prev-Saúde havia se afastado tanto de suas proposições originais que Carlos Gentile de Mello já o chamava de 'natimorto' (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 67).

Suas diretrizes referiam-se à responsabilidade pública pelos serviços básicos e pela condução e controle de todo o sistema; articulação entre as instituições públicas; descentralização decisória e operacional; integração entre ações de promoção, recuperação e reabilitação; regionalização; simplificação de técnicas e de meios; eficiência administrativa sem prejuízo da eficácia social; e participação comunitária. Tratava-se de um grande PEC, tendo em vista os 40 milhões de brasileiros excluídos do consumo médico e o controle de certas epidemias, mas como política racionalizadora visava o reordenamento do setor saúde para responder aos custos crescentes dos serviços.

Embora as análises preliminares da proposta indicassem os limites político-ideológicos da iniciativa governamental e questionassem a sua viabilidade se mantidos os interesses em jogo, não induziam, mecanicamente a uma oposição ao programa. Pelo contrário, o programa encontrou boa acolhida entre os profissionais de saúde preocupados com a melhoria dos serviços oferecidos à população, sendo

entendido como uma conquista dos grupos sociais que defendiam a democratização da saúde e da sociedade brasileira (PAIM, 1984). A oposição ao programa passou a ser feita por setores do próprio governo articulados com os empresários médicos.

No início de julho de 1980 a versão preliminar do anteprojeto do Prev-Saúde foi examinada pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) e no dia 24 daquele mês a Presidência do Inamps se posicionou contra a proposta. Denunciou que "se trata de um projeto nitidamente estatizante, que procura esvaziar a iniciativa privada e os organismos federais de assistência médica e sanitária", questionando o repasse de recursos e a oportunidade de "ampliar a participação dos sindicatos de trabalhadores na área de assistência médica" bem como a participação comunitária "desde o início da implantação do programa" (PAIM, 1984).

Outra versão do programa foi elaborada e algum esforço foi envidado por técnicos progressistas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Inamps no sentido de distribuir a "versão agosto" do Prev-Saúde (BRASIL, 1980b) entre os eventuais aliados da proposta e de ampliar o debate sobre o anteprojeto. Em setembro, foi liberada pelos Ministros Arcoverde e Jair Soares uma nova versão do anteprojeto (BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Previdência..., 1980c). Depois, os Ministros de Estado da Saúde e da Previdência e Assistência Social foram submetidos a questionamentos pelos representantes da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Medicina de Grupos (Abramge) e Associação Médica Brasileira (AMB), durante uma entrevista organizada pelo jornal Estado de São Paulo. Constata-se, desse modo, que o Prev-Saúde constituiu-se no *locus* de expressão das contradições que permeavam o setor saúde, revelando ainda que os grupos empresariais médicos estavam fortemente articulados e dispondo de iniciativa política, tal como se pode constatar na análise a seguir:

> Esse foi um período de mobilização e debates muito profícuo, que contou com a participação intensa da Comissão de Saúde

> da Câmara dos Deputados, onde, em audiências públicas, foi possível se mapear claramente os interesses em disputa: por um lado o fisiologismo do INAMPS, desejando manter a sua máquina clientelista e favorecedora dos interesses privados e, por outro, a ABRAMGE [...] apresentava uma face de 'capitalismo moderno', simpática à SEPLAN [...]. Esta última chegou a elaborar uma proposta alternativa, baseada nos modelos de HMO (Health Mantenance Organizations), então em expansão nos Estados Unidos (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 67).

Finalmente, no início de 1981, o Ministro da Previdência declarou que o "O Prev-Saúde é uma filosofia de trabalho, não para pegar dinheiro da Previdência". Foi tentada, ainda, uma nova versão do Prev-Saúde em fevereiro, restrito ao atendimento ambulatorial. O jornal Estado de São Paulo anunciava em 20 de fevereiro de 1981 que aquela versão seria submetida ao Conselho de Desenvolvimento Social "se o anteprojeto não sofrer novas alterações e for aceitado integralmente pelo Ministro Jair Soares, que só concordou com a participação do Inamps na implantação do programa depois de sofrer várias pressões, inclusive o seu colega Waldir Arcoverde, que a esse respeito fechou questão" (PAIM, 1984). Não obstante o amplo debate que se desenvolveu nos meses seguintes entre diversas instituições, entidades de classe, associações e das contribuições oferecidas por organismos da sociedade civil e por diversas instituições do próprio Estado – corno Parlamento, Universidades, Escola Nacional de Saúde Pública – o projeto foi abortado.

O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (o Plano do Conasp)

A crise financeira da Previdência Social, divulgada no início da década de oitenta, não surpreendeu aos estudiosos da política social que vinham alertando sobre o seu aprofundamento e conseqüências. De início, o Ministro da Previdência tentou restringir as pensões

dos aposentados, viúvas e órfãos, encontrando resistência de parlamentares do próprio partido do governo.

Diferentemente do Prev-Saúde, em que os enfrentamentos dos grupos sociais interessados ficaram circunscritos ao âmbito do setor saúde, na questão da Previdência manifestaram-se as classes sociais fundamentais, além dos grupos políticos que se movimentavam na saúde, da imprensa, e das associações. Assim, os empresários denunciaram a incompetência na administração da Previdência alertando que o aumento da contribuição era incompatível com a conjuntura econômica e com a política de combate à inflação. Já os sindicatos de trabalhadores e outras associações civis mobilizaram-se contra as medidas anunciadas pelo Ministro, ao ponto de a Associação dos Aposentados lembrar aos deputados que eles não teriam os votos dos seus associados e amigos em 1982, caso apoiassem tais propostas. Os metalúrgicos de Niterói promoveram um ato público e uma passeata com expressiva participação de trabalhadores e populares. Outros sindicatos e entidades de saúde também assumiram posições contrárias às medidas ensaiadas pelo governo, enquanto certas iniciativas da sociedade civil se refletiam no Parlamento. (PAIM, 1984).

O governo conseguia atrair contra si, dos trabalhadores aos empresários, do movimento da Renovação Médica à Federação Brasileira de Hospitais, dos aposentados aos banqueiros. A Presidência da República adiou, até quando foi possível, a decisão, no intuito de acomodar os interesses em jogo e evitar maiores desgastes do partido do governo nas eleições do ano seguinte. Finalmente, saiu o chamado "pacote da Previdência" que fixava um teto para os gastos com assistência médica da Previdência no ano de 1982, requerendo um pronunciamento do Presidente da República em cadeia de televisão para justificá-lo.

Com base em tal medida era possível identificar algumas opções em que o governo procuraria se mover, na dependência da capacidade de pressão política dos grupos interessados. A primeira seria um reordenamento dos serviços de saúde de modo a utilizar a capacidade

ociosa dos hospitais e ambulatoriais do Inamps, do Ministério da Saúde, das Universidades e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A segunda seria a substituição da forma de pagamento às empresas médico-hospitalares: o pagamento por atos médicos – Unidade de Serviço (US) – pelo pagamento por tratamento, com base num custo médio padronizado de procedimentos por doenças. A terceira opção seria expandir os convênios com a medicina de grupo, sobretudo para os trabalhadores dos grandes centros urbanos, já que a forma de pré-pagamento se ajustaria à fixação de um teto orçamentário de gastos com a assistência médica.

A primeira opção significaria uma reedição do Prev-Saúde, sem base suficiente de sustentação política. A segunda, apesar de contrariar interesses dos médicos credenciados e das empresas médico-hospitalares, poderia encontrar o apoio da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) desde quando conseguissem influenciar a tabela de pagamento. Tal opção teria a vantagem de fingir que controlava "o fator incontrolável de corrupção" (no dizer do crítico Gentile de Mello) e a fraude na assistência médico-hospitalar, satisfazendo, portanto, aos clamores da imprensa pelo saneamento da Previdência. Quanto à terceira opção, além de difundir a ideologia da eficiência administrativa e empresarial, teria a vantagem fundamental de se ajustar aos interesses do capital articulado à medicina de grupo (PAIM, 1984).

A identificação dessas opções não significava a existência de decisões que implicassem saídas puras e excludentes. Pelo contrário, o governo tentava acomodar os diversos interesses em jogo, inclinando-se obviamente para os grupos significativos de sua base de sustentação política, ou, eventualmente, para aqueles mais capazes de se mobilizarem e pressionarem politicamente.

A criação Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) sugeria, contudo, mudanças importantes nas políticas de saúde. Na verdade, a crise estrutural da Previdência não se limitava ao desequilíbrio entre receita e despesas, mas resultava do conjunto de políticas desastradas que tinham a ver com toda a situação

que enfrentava a economia, entre os quais: 1) desemprego crescente e redução do valor real dos salários, face a inflação; 2) redução significativa do número de contribuintes autônomos; 3) diminuição da parcela de contribuição do governo (10% no início da década 70 e 3,4% em 1981); 4) sonegação das empresas, cujas dívidas acumuladas quando pagas, eram parceladas sem juros nem correção monetária (PAIM, 1984).

As atribuições desse órgão colegiado revelavam uma preocupação com a racionalização no uso dos recursos e com a operação e controle da assistência médica. O Conasp estabelecia princípios racionalizadores vinculados à redução dos custos unitários e controle dos gastos:

> O perfil majoritariamente liberal do Conasp, que assumiu uma missão 'moralizadora' em relação a assistência médica da Previdência, levou a que o mesmo resgatasse as análises e idéias que tinham, em grande parte, informado a elaboração do Prev-Saúde (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 8).

Não obstante as primeiras escaramuças organizadas pelos médicos-empresários no início de 1982, o Conasp avançou nas suas medidas racionalizadoras, culminando com a formulação e aprovação do *Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social*, também conhecido como Plano do Conasp.[4]

No espaço político criado pelo Conasp, presidido pelo Dr. Aloisio Salles, médico do Presidente da República e que exercia a prática liberal, era possível sugerir propostas alternativas:

> Um quadro com um conjunto de técnicos e entre eles encontra-se o Eleutério, que era um quadro comunista importante que militava no Cebes [...] O Eleutério, então na secretaria técnica, passa a ter uma influência muito grande, tentando colocar nossas idéias dentro do conjunto de políticas propostas pelo Conasp [...] Depois, o Conasp, mais ou menos em 1983, começa a pôr em prática essas mudanças e, aí, o Eleutério vai ocupar o departamento de planejamento do Inamps. O Henry Jouval é o secretário de planejamento e o Aloísio Salles assume a presidência do Inamps. (TEMPORÃO *apud* FALEIROS *et al*. 2006, p. 69-70).

Essa equipe técnica que ocupava espaços na burocracia estatal como se assumisse a *guerra de posição* produziu fatos político-institucionais e certas acumulações que repercutiram, posteriormente, no desenho de estratégias-ponte para o SUS. Além disso, exercitava a militância pela democratização da saúde ao interior dos aparelhos de Estado com a força da vontade e do afeto. Nas palavras de um militante cebiano e técnico com atuação institucional na área denominada de desenvolvimento de recursos humanos, nos programas de extensão de cobertura e no Prev-Saúde:

> Se não fosse a garra, a vontade, o compromisso e a amizade de um grupo de companheiros e companheiras, não teríamos rompido o conservadorismo da máquina, e as Ações Integradas de Saúde (AIS) talvez tivessem tomado outros rumos. Mais que isso, inauguramos, na 'raça', o planejamento estratégico no Inamps (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 18-19).

Este Plano era orientado por um decálogo de princípios, representando uma inflexão nas políticas de saúde no Brasil, com a incorporação de políticas racionalizadoras na assistência médica da Previdência Social: 1) prioridade às ações primárias, ênfase na assistência ambulatorial; 2) integração das instituições (federal, estadual e municipal) no sistema regionalizado e hierarquizado; 3) utilização plena da capacidade de produção; 4) estabelecimento de níveis e limites orçamentários; 5) administração descentralizada de recursos; 6) participação complementar da iniciativa privada; 7) critérios mais racionais para prestação de serviços (públicos e privados) e melhoria das condições de atendimento; 8) simplificação do pagamento de serviços a terceiros, com o controle dos órgãos públicos; 9) racionalização na prestação de serviços de custo elevado; 10) implantação gradual da reforma com reajustes eventuais.

Trazia, ainda, o reconhecimento do aparelho previdenciário como "pilar sustentador da paz social", uma descrição detalhada das modalidades assistenciais apoiadas pelo Inamps, uma crítica contundente às distorções e uma análise das implicações do modelo então vigente. Constatava-se, assim, que muitos dos princípios do

Plano do Conasp eram superponíveis aos do Prev-Saúde, de modo que passaram a se manifestar as mesmas forças que atuavam no processo político de saúde, tais como a FBH, a Abramge, a AMB e o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes do Trabalho (Diesat). No que diz respeito à Abrasco, reconhecia que em termos de princípios não havia muito do que discutir, já que atendiam em suas linhas fundamentais as críticas feitas pelos movimentos e entidades de saúde, explicitando a seguinte posição:

> A Abrasco considera que as possíveis modificações precisam ser cuidadosamente analisadas. A atual diretoria decidiu examinar criticamente o referido plano e apresentar sugestões ao Conasp.
> O estudo das políticas de saúde no Brasil tem revelado inúmeros planos malogrados, quer por privilegiarem a ampliação de serviços preservando os interesses de um complexo médico-empresarial, quer por assumirem estratégias autoritárias e tecnocráticas. No entanto, a saúde como responsabilidade social e como direito conquistado requer a participação organizada da população, do mesmo modo que os serviços de saúde para serem modificados necessitam de uma participação dos profissionais de saúde e demais trabalhadores do setor nesse processo de redefinição (EDITORIAL *apud* PAIM, 1984).[5]

Nesse fragmento podem ser identificados, quatro anos antes da 8ª CNS, duas idéias centrais da *proposta* da Reforma Sanitária: direito à saúde (conquistado e não como dádiva) e participação da comunidade (população organizada, profissionais e trabalhadores de saúde). Ao mesmo tempo, apontava o complexo médico-empresarial como um possível obstáculo para a redefinição das políticas de saúde e criticava a planificação autoritária e tecnocrática. A Abrasco destacava que não era levado em conta no Plano o quadro de saúde da população brasileira e dos seus determinantes, negligenciando questões relevantes radicadas no próprio modelo de desenvolvimento:

> Isolar as formas de pagamento ou as modalidades hoje existentes do contexto global de distribuição do poder no

> setor equivale a um reducionismo técnico-administrativo dos problemas, o que leva a tentativas de encontrar novas formas ou instrumentos milagrosos que, por não tocarem nos reais determinantes, estão fadados ao fracasso. (EDITORIAL *apud* PAIM, 1984).

Trata-se de uma das primeiras manifestações públicas da diretoria da nova entidade. Apesar das críticas e proposições, a expressão Reforma Sanitária não se encontrava no seu discurso. Enquanto parte de uma política racionalizadora preocupada com a redução dos custos unitários e controle dos gastos com saúde, o Plano do Conasp acenava para a participação ativa dos vários segmentos da sociedade, porém deixava de explicitar os mecanismos para a sua efetivação.

Portanto, a crise financeira da Previdência Social já não mais podia ser escondida. A questão das políticas de saúde tomou novos rumos e os enfrentamentos político-ideológicos evidenciavam as contradições fundamentais entre o capital e o trabalho, bem como o sentido da ação estatal quando a classe trabalhadora não dispunha dos instrumentos suficientes de organização e de ação política.

Nesse contexto, tornara-se possível o estabelecimento de contra-políticas que, embora impotentes para a viabilização de uma proposta radicalmente alternativa, em curto prazo, facilitariam a construção de outro projeto em conjunturas mais propícias. O exercício da democracia seria criado e recriado em cada espaço e momento histórico, utilizando-se de propostas contraditórias de reforma, como o Plano do Conasp.

Assim, o setor saúde ofereceu exemplos interessantes acerca do significado dos movimentos sociais e do aproveitamento de espaços institucionais mediante uma estratégia equivalente à *guerra de posições*. Paralelo à politização da saúde pelo Estado brasileiro, particularmente em função das políticas racionalizadoras do pós 74, ocorreu um amplo debate político sobre a questão saúde fundamentado na produção teórica da Medicina Social brasileira e progressivamente articulado aos movimentos sociais ligados às associações de bairro e às comunidades eclesiais de base, à retomada de

associações de profissionais de saúde por grupos democráticos como os do Movimento de Renovação Médica, à realização das Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSATs), à crítica do Cebes e de intelectuais militantes contra as políticas de saúde do regime autoritário. Esse processo resultou na formação de contra-políticas pelas oposições, em que a proposta da Diretoria Nacional do Cebes apresentada no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde em 1979, postulando pela primeira vez a criação de um *Sistema Único de Saúde*, representou um dos exemplos mais significativos.

Contudo, a análise dos enfrentamentos ideológicos e políticos em relação ao Prev-Saúde e ao Conasp não pode prescindir de uma compreensão mais consistente das contradições de base da sociedade brasileira no início da década de oitenta. Nesse período o aguçamento da crise do capitalismo internacional comprimia as economias dos países capitalistas dependentes.

A busca de legitimidade do Estado, do regime e do governo via "discurso democrático-social" enfrentou-se com a crise econômica, de um lado, e com o terrorismo de direita que culminou com o "caso Rio-Centro", de outro (GASPARI, 2004). O projeto de abertura política do governo conseguia tomar curso com a anistia, porém contendo os movimentos populares e adotando casuísmos eleitorais no sentido de assegurar maioria no Colégio Eleitoral que indicaria o novo Presidente da República (SILVA, 1979; GASPARI, 2004). Nesse momento de crise fiscal do Estado e de atrelamento da vida econômica do país às regras do FMI, a efetivação de "projetos sociais" encontrava limites na política de contenção dos gastos públicos.

De outro modo, as classes populares e os trabalhadores em particular, diante da recessão e do desemprego priorizavam lutas pela garantia do emprego e contra o arrocho salarial. Nesse contexto, mobilizações políticas de massa em função da questão saúde restringiam-se eventualmente a lutas corporativas de categorias profissionais. Ação política das classes populares pela redefinição das políticas de saúde cada vez mais tornava-se figura de retórica, ainda que

repercussões da crise nas condições de saúde da população pudessem recolocar a saúde como parte substantiva da questão social.

A análise do processo político relativo ao Prev-Saúde e ao Conasp sugere a existência de lutas fundamentalmente ideológicas, em que os discursos antagônicos tentavam influenciar a opinião pública, sobretudo através da imprensa, para apoiar as respectivas propostas. No caso do Prev-Saúde, o movimento oposicionista apenas denunciou as limitações do ante-projeto do Ministério da Saúde (MS) e suas lideranças parlamentares questionaram os Ministros, mas não tinham nenhum poder para influir na implantação do mesmo. Quem realmente fazia política, através dos "anéis tecno-burocráticos" e da manipulação da grande imprensa eram os empresários da saúde. Com exceção do Cebes e de algumas associações de profissionais da saúde, boa parte do movimento crítico da saúde subestimou a questão política que envolvia o Prev-Saúde, chegando a alguns exageros de que a questão não era saúde, mas casa e comida. Os empresários da saúde, no entanto, estavam muito cônscios de que a assistência médica fazia parte dos seus negócios e foram à luta (PAIM, 1984)

No caso do Conasp, apesar dos enfrentamentos não ficarem restritos às lutas ideológicas, a ação política ia além da questão saúde, mas encontrava uma situação adversa para a classe trabalhadora. Este plano, cujos princípios eram reconhecidamente válidos por expressivas entidades de profissionais, tinha todas as condições para se tornar, concretamente, algo à imagem e semelhança do regime: autoritário, tecnocrático e anti-popular. Todavia, as eleições diretas para governador no final de 1982 e a criação do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) modificaram de certo modo a correlação de forças. Possibilitaram que um dos projetos do Plano do Conasp – os convênios trilaterais que envolviam o Inamps, secretarias estaduais de saúde e municipais – se transformasse no ano seguinte no Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), vinculado ao Inamps, e em 1984 se apresentasse como "estratégia" das AIS, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Educação, além do Inamps.

As Ações Integradas de Saúde (AIS)

Com a redemocratização e o advento da chamada Nova República, a sociedade brasileira conquistou um governo civil por eleições indiretas, em virtude da derrota da emenda das eleições diretas para presidente da República em 1984. No final do ano foi realizado o *V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, pautando algumas questões com vistas a embasar uma "Política de Saúde para o Governo de Transição", tendo em conta as seguintes considerações: 1. Saúde é um direito do cidadão e dever do Estado; 2. A melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida; 3. A democratização da saúde estreitamente vinculada ao processo de democratização da sociedade brasileira reflete a luta e aspiração dos mais amplos setores sociais[6].

A Aliança Democrática formada para derrotar o autoritarismo no Colégio Eleitoral permitiu a eleição de Tancredo Neves para Presidente da República e José Sarney, como Vice-Presidente, refletindo o arranjo político acionado para a conquista da democracia:

> Instaurou-se uma transição negociada entre segmentos dissidentes da base de sustentação do regime anterior e segmentos oposicionistas também emergentes da democracia de fachada consentida pelo Estado autoritário, em um pacto pelo alto, das elites, excluindo a participação popular que se manifestara, em ampla mobilização, na Campanha das Diretas-Já (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 44).

No caso da Saúde, distintos documentos fundamentaram essa aliança[7] e apesar dos limites da transição democrática, ocorreu no período 1985-1987 um desalojamento dos anéis tecno-burocráticos e a ocupação de espaços do aparelho de Estado nas áreas de Saúde, Previdência e Ciência e Tecnologia por atores sociais identificados com políticas racionalizadoras ou democratizantes:

> O governo Sarney constituía um conjunto de forças políticas heterogêneas, conservadoras e progressistas, o que acabou resultando em um jogo de interesses opostos, privatistas de

> um lado, estatizantes, de outro, sem uma nítida hegemonia de uma das partes. Essa crise de hegemonia já provinha, em tempos recentes, dos últimos governos da ditadura, mesmo se valendo o regime de mecanismos autoritários para impor seus pressupostos (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 46).

Para a presidência do Inamps foram sugeridos os nomes de Guilherme Rodrigues da Silva (professor titular do Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP) e de Hésio Cordeiro (professor do Instituto de Medicina Social da UERJ) sendo este último o escolhido. Eram apoiados pelo movimento sanitário, parlamentares, entidades médicas e de profissionais de saúde, prefeitos, secretários municipais de saúde e organizações da sociedade civil. Para a presidência da Fiocruz, foi indicado Sérgio Arouca. Eleutério Rodriguez Neto assumiu a Secretaria Geral do Ministério da Saúde enquanto José Saraiva Felipe, a Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social, cujo Ministro era Waldir Pires (CORDEIRO, 1991).

Nesse contexto, foi possível observar uma contenção das políticas privatizantes no interior da Previdência Social e o recurso às estratégias capazes de canalizar recursos previdenciários para estados e municípios no sentido de fortalecimento dos serviços públicos; bem como de estímulo à integração das ações de saúde, de apoio à descentralização gerencial, de incorporação do planejamento à prática institucional e de abertura de canais para a participação popular.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram expandidas e fortalecidas em termos orçamentários e consideradas como uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços. Essa proposta poderia evitar descontinuidades na prestação de serviços à população e promover aperfeiçoamentos nas políticas já que as mudanças derivadas da Constituinte e da reformulação do Sistema Nacional de Saúde requeriam tempo político para a viabilização. Traziam também uma concepção estratégica diante da convicção de que para se conseguir apoio político em favor das mudanças haveria que se dispor de

alternativas concretas que incidissem em melhorias objetivas para os trabalhadores da saúde e para segmentos consideráveis dos usuários dos serviços. Assim, propunha-se que essas alternativas deveriam ser progressivamente postas em prática e simultaneamente pensadas numa articulação com as propostas das forças sociais e políticas que se organizavam para a eleição dos representantes na Assembléia Nacional Constituinte, dos governadores e dos deputados estaduais, em novembro de 1986 (PAIM, 1986a).

No debate político sobre o que fazer naquela conjuntura a defesa das AIS era justificada por um decálogo de motivos: princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde; planejamento e administração descentralizados; instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; possibilidade concreta da participação popular organizada; percurso para o estabelecimento do *sistema unificado de saúde*; respeito ao princípio federativo; respaldo das forças sociais atuantes no setor; perspectivas mais concretas de viabilidade; incorporação do planejamento à prática institucional; e responsabilidade das universidades na formulação e na implementação das políticas de saúde (PAIM, 1986a).

Até esse momento a expressão Reforma Sanitária não era utilizada pelos atores sociais, exceto o Cebes que já a adotara desde 1977. Os editoriais do Boletim de Abrasco, por exemplo, seja na gestão de Benedictus Philadelpho de Siqueira, seja na gestão de Hésio Cordeiro, não se referiam à Reforma Sanitária. E no âmbito do Estado havia um conflito entre um pensamento de esquerda e o núcleo conservador do governo:

> Carlos Santana, que ideologicamente era considerado conservador, mas que era um radical na área da saúde, se torna Ministro da Saúde. [...] O marco era transferir o Inamps para o Ministério da Saúde [...] mas havia um problema: a Saúde estava na mão de um conservador e a Previdência com a oposição. Até que, na calada da noite, o Carlos Santana consegue um decreto que autoriza o Sarney a passar o Inamps para o Ministério da Saúde. Waldir Pires, então *veta* o decreto, dizendo que 'o Inamps é um patrimônio dos trabalhadores e que por isso essa decisão deveria ser participada a eles.'

> Pensamos em fazer isso convocando uma Conferência (AROUCA *apud* RADIS ENTREVISTA, 2002).

Assim surgiu a idéia e a proposta de realização da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, a primeira com ampla participação da sociedade civil e contando com o protagonismo dos profissionais de saúde, trabalhadores e setores populares.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde

Esta conferência foi estruturada sobre três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde. Para cada eixo foram previamente encomendados textos para acadêmicos, intelectuais e especialistas a título de subsídio para os debates. Muitos desses autores vinculados ao movimento sanitário foram, também, convidados para participarem das três grandes mesas-redondas.

Antes, porém, de analisar essas contribuições individuais, cabe destacar o documento elaborado pela Abrasco para fundamentar as discussões. Este documento abrange desde a etapa das conferências estaduais, e a sua importância se evidencia não só por representar a posição de um sujeito coletivo, com toda a potencialidade de um trabalho analítico e propositivo de qualidade, mas também por ter servido de referência para os textos e intervenções apresentados na Conferência (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985). Partia do reconhecimento de uma conjuntura de crise econômica com mudanças na ordem político-institucional, resultando numa dada configuração do Estado e direcionalidade de suas políticas de onde emergiria um projeto de sociedade a ser desenvolvido nos anos seguintes. Desse modo, empenhou-se em revisar as questões teórico-políticas e recuperar princípios e diretrizes do movimento pela democratização da saúde, conforme esclarecia:

> Esse projeto, cujas linhas gerais vêm sendo colocadas em discussão, há cerca de 10 anos, no âmbito de entidades de saúde e outras organizações do movimento sindical e popular, bem como no seio de alguns partidos políticos, encontra hoje possibilidades mais concretas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA...,1985, p. 5).

Sublinhou que a saúde deveria ser vista como "fruto de um conjunto de condições de vida que vai além do setor dito de saúde" (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985, p. 8), questionando a concepção de desenvolvimento que desligou a dimensão econômica da social. Defendeu a participação popular na política da saúde bem como o controle da sociedade sobre o aparelho estatal[8] e não ignorava a profunda crise da economia mundial a partir da segunda metade da década de setenta, identificando a seguinte conseqüência:

> Ressurgimento de teorias e políticas de cunho neo-liberal, que lutam pela derrocada das políticas estatais identificadas com o Estado de Bem-Estar Social, já que vêem nestas medidas um fator de aumento da crise fiscal do Estado (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985, p. 14).

Reconhecia a saúde como *função pública*, advogando que a mesma fosse uma concessão do Estado, embora já visualizasse movimentos contrários a tal proposição:

> [...] A ampliação das companhias seguradoras privadas, tanto multinacionais como subsidiárias do capital financeiro de grandes bancos, configura a emergência de um poderoso aliado de projetos contrários à reorientação mais radical da política de saúde do Estado, no sentido da universalização, eqüidade e democratização (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985, p. 33).

Após analisar os temas propostos para a 8ª CNS, a entidade definiu uma estratégia política e algumas diretrizes para a atuação naquela conjuntura, oferecendo elementos teóricos, científicos e técnicos às entidades de saúde, sindicatos, igreja, organizações civis e partidos políticos com vistas "ao desencadeamento do debate nacional

em torno de uma REFORMA SANITÁRIA a ser desenvolvida a partir de 1987" (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985, p. 34). No dizer de Sônia Fleury, esse documento transformou-se em "uma bibliazinha discutida nacionalmente" (FALEIROS *et al*., 2006, p. 84). Vários outros documentos foram, também, distribuídos durante a Conferência, inclusive do Cebes, mas seguramente não tiveram a mesma influência alcançada por essa contribuição da Abrasco.

Ao assumir a bandeira da Reforma Sanitária, a diretoria da Abrasco de então dedicou todos os editoriais dos Boletins publicados no período à discussão da *proposta* e do *projeto* da RSB. Assim, a expressão Reforma Sanitária aparece nos seus editoriais a partir do primeiro número de 1986:

> A ABRASCO, engajada nesta luta, assume a bandeira da reforma sanitária, como a condição de viabilidade da conquista do direito universal à saúde. Reforma que implicará na reformulação das políticas públicas e do aparelho governamental burocrático que estão diretamente ligadas às condições de preservação da saúde e recuperação das condições de vida. Reforma que pressupõe o aprofundamento da consciência sanitária e no controle sobre os órgãos definidores e implementadores da política de saúde. Reforma que exigirá uma nova ética dos profissionais do setor no tratamento do usuário como cidadão na plenitude do exercício dos seus direitos. Neste sentido, a ABRASCO promoverá o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, cujo tema central será 'Reforma Sanitária: garantia do direito universal à saúde', como parte dos esforços comuns na continuidade deste processo, buscando canalizar a produção científica e a experiência política alcançadas para a formulação de um projeto de transformação que será a Reforma Sanitária Brasileira (EDITORIAL, 1986a, p. 1).

Nesse mesmo número foi divulgado um encarte com as "propostas da Abrasco para a VIII Conferência Nacional de Saúde" com título: *Pela Reforma Sanitária. Saúde: direito de todos, dever do Estado*. Esta frase, posteriormente, inicia o Art. 196 da *Seção II DA SAÚDE* da Constituição da República Federativa do Brasil.

Assim, a conquista da democracia permitia uma atenção maior para a opinião pública e a mobilização e organização da população na defesa dos seus direitos. A consciência do direito à saúde ia sendo irradiada, progressivamente, para a população que passava a cobrar a sua garantia e a melhoria dos serviços. Dessa forma, estava lançado o *projeto* da Reforma Sanitária Brasileira, legitimado e sistematizado na 8ª CNS e formalizado, posteriormente, na Assembléia Constituinte.

Saúde como direito inerente à cidadania, aos direitos sociais e ao Estado

Nesse tema efetuou-se uma reflexão sobre "a construção social da cidadania" tomando como referência o desenvolvimento dos direitos civis, políticos e sociais (SOUSA JÚNIOR, 1987) e a proposta "saúde direito de todos e dever do Estado" numa perspectiva jurídica (DIAS, 1987). Além disso, foram realizadas análises críticas acerca das relações entre cidadania e Estado, seja pelo ângulo dos direitos sociais (TEIXEIRA, 1987a), seja na perspectiva do direito à saúde (PAIM, 1987).

Examinou-se a noção de direito à saúde com referência à doutrina dos direitos humanos, justificando os esforços para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (PAIM, 1987).[9] Analisou-se o surgimento dos Estados Nacionais na transição do feudalismo para o capitalismo, a questão da cidadania e as políticas sociais, os padrões de respostas sociais em países europeus (Inglaterra e Alemanha) na consolidação do capitalismo, bem como seus desdobramentos no século 20 com as políticas econômicas keynesianas e a adoção do *Welfare State*. Destacou-se a *assistência social* como a primeira forma de proteção social no capitalismo liberal inglês, seguida do *seguro social* no capitalismo autoritário alemão e do reconhecimento dos direitos sociais no *Welfare State* do pós-guerra.

No que tange às respostas sociais visando à ampliação do direito à saúde foram destacados os movimentos sociais vinculados ao aparecimento da Medicina Social no século XIX, mencionando-se as visões de Rudolf Virchow ao propugnar um amplo projeto de reforma social:

> 1) A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social; 2) As condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença, devendo ser tais relações submetidas à investigação científica; 3) Devem ser tomadas medidas no sentido de promover a saúde e combater a doença, e as providências relativas a tal ação devem ser tanto sociais como médicas; 4) O Estado democrático requer que todos os cidadãos gozem de um estado de bem-estar, porque reconhece que todos têm iguais direitos (ROSEN, 1980).

Criticou-se a concepção liberal de saúde pública, o seguro social alemão e a noção de assistência social, destacando a evolução da cidadania e dos direitos (civis, políticos e sociais), a importância do *Plano Beveridge* e a implantação do Serviço Nacional de Saúde inglês em 1948. Defendeu-se a democratização da sociedade e do Estado com vistas à democratização da saúde, questionando-se a assistência social patrocinada pelo liberalismo e admitindo-se aquele momento histórico como de significativa importância, pois poderia estabelecer, através da Nova Carta, um novo relacionamento entre Estado e sociedade civil no Brasil capaz de fazer avançar o processo de democratização.

Foram discutidas a questão da cidadania no Brasil, a constituição dos movimentos sociais na área de saúde, a criação do Cebes e da Abrasco, a Conferência de Alma-Ata e a proposta "Saúde para Todos no Ano 2000" e analisadas as desigualdades nas condições de saúde e no acesso aos serviços de saúde no Brasil, o desenvolvimento das políticas de saúde na Nova República e as relações das AIS com a Reforma Sanitária. Neste particular, foram ressaltados os interesses e necessidades diversificados da sociedade brasileira, especialmente a invasão da lógica capitalista nas estruturas de poder da saúde, com "força política não desprezível, disposta a acionar os instrumentos que possuem para se opor às mudanças" (PAIM, 1987, p. 54).

Quanto aos usuários, afirmava-se não ser possível "ignorar o fato de que na base de sua estratificação encontra-se a estrutura de classes da sociedade brasileira, com distintos mecanismos e padrões de

consumo médico, e também com diferentes possibilidades de pressão política" (PAIM, 1987, p. 54-55). E para ampliar as bases de apoio às mudanças a serem viabilizadas a partir da Constituição, incidindo melhorias concretas para os trabalhadores de saúde e usuários, o texto propunha as AIS como "estratégia-ponte" para a redefinição das políticas de saúde e para a reorganização do setor durante o processo constituinte.

Ao se explicar que público não significa estatal, chamava-se a atenção para uma realidade, segundo a qual "os serviços de saúde estatais podem não ser efetivamente públicos enquanto forem impeditivos da gestão pública das instituições" (PAIM, 1987, p. 57). Alertava-se para o fato de que a garantia dos direitos sociais não deveria reduzir os cidadãos a meros peticionários da administração, a mercê das oscilações da tecno-burocracia. Concluindo com a defesa da transparência dos aparelhos de Estado à informação do público, o controle público dos serviços estatais e a gestão pública das instituições (inclusive as empresas privadas), no sentido de se contrapor ao "estatismo autoritário".

Reconhecia-se, assim, a relação do direito à saúde com o advento do Estado de Bem-Estar Social, embora fosse assinalado que nos países capitalistas a preservação das políticas sociais sofria ameaças quando as forças conservadoras assumiam o poder ou quando a economia ia mal. Daí a pertinência de examinar a natureza do Estado capitalista, as suas reações diante das condições de saúde das populações e a sua atuação na produção e distribuição de bens e serviços de saúde. Alertava-se que o Estado não era um mero instrumento capaz de ser manipulado livremente pelos grupos que exercem o poder e que dispunha de uma autonomia relativa frente aos interesses imediatos das classes hegemônicas, selecionando as pressões "legítimas" das classes subalternas. Embutidas as idéias de seletividade estrutural do Estado capitalista (OFFE, 1984), relação de forças (POULANTZAS, 1980) e consenso ativo de governados, sublinhava-se o papel do Estado de classe na manutenção da ordem social capitalista.

Ao tempo em que considerava o desenvolvimento recente da teoria marxista do Estado, o outro texto crítico também questionava a confusão entre as concepções de público e de estatal: "Os governos autoritários foram um cruel aprendizado acerca de que nem tudo que é estatal é público" (TEIXEIRA, 1987a, p. 92). Reconhecia a democracia como um valor universal e não só como tática, mas também estratégia na luta pela hegemonia das classes dominadas:

> Esta revisão da perspectiva golpista das esquerdas aponta para a conquista de reformas no interior do capitalismo, como condição de consolidação de uma contra-hegemonia, mesmo como uma via de transição a um socialismo que preserva as conquistas democráticas alcançadas (TEIXEIRA, 1987a, p. 93).

Sublinhando que na América Latina a burguesia prescindiu da democracia para implantar a dominação, a autora examinava o caso brasileiro no qual o desenvolvimento industrial esteve assentado em uma coalizão daquela com a oligarquia agrária, resultando na preservação de uma cultura política elitista:

> É preciso deixar claro que o projeto democrático não sensibiliza as frações mais reacionárias da burguesia brasileira (a fração mercantil especulativa e latifundiária) e nem aos monopólios internacionais aqui instalados. Neste caso, a defesa democrática é mero oportunismo face à perda de legitimidade do regime autoritário e uma saída em busca de recomposição de um pacto excludente (TEIXEIRA, 1987a, p. 93-94)

Tanto o direito à saúde quanto a cidadania encontravam-se ausentes das políticas públicas desde a Proclamação da República até o período conhecido como "populista":

> O estilo de lideranças populistas não interpelava os indivíduos enquanto cidadãos, isto é, a partir de uma pauta de direitos e deveres que os vinculasse ao Estado, mas, principalmente, como povo, parcela da população que carecia de uma proteção especial do governante [...]. As conquistas sociais alcançadas conformaram-se melhor como privilégios setoriais do que como direitos universais dos cidadãos (TEIXEIRA, 1987a, p. 91).

No caso da Previdência Social, constata-se uma combinação contraditória entre a forma de seguro social com a concessão de benefícios assistenciais, inclusive saúde, cujos recursos para a assistência médica dependiam, desde a sua origem, de sobras orçamentárias. No seu desenvolvimento podiam ser identificadas quatro características: extensão da cobertura previdenciária; modernização do aparelho estatal; privatização da assistência médica; e ampliação dos fundos assistenciais.

Fundamentando-se na formulação gramsciana segundo a qual uma classe subalterna pode se tornar hegemônica antes de tomar o poder, o socialismo era assumido como horizonte e justificada a tese da defesa da cidadania:

> Conquistar o consenso antes de tomar os aparelhos da sociedade política, introduz uma nova estratégia para as classes dominadas realizarem a transição para o socialismo, ademais de trazer para o cerne da luta de classes as batalhas a nível cultural e ideológico travadas no cenário institucional. É, pois, com base neste referencial teórico que reafirmamos a nossa tese de que a conquista da cidadania através da implementação das políticas sociais é sempre o resultado concreto e específico de uma relação de forças das classes em luta pela hegemonia, de sorte que a resultante deste processo é a corporificação legal e institucional das relações de força estabelecidas historicamente entre as classes e mediatizadas pelo Estado, na busca da preservação da hegemonia dominante ou na consolidação de um projeto alternativo de contra-hegemonia. Reforçar a questão da cidadania na transição democrática brasileira é dar o conteúdo real, fruto das relações de poder existentes, de qual democracia será esta que estamos construindo (TEIXEIRA, 1987a, p. 95).

Nesses fragmentos estão postos com todas as letras a análise política, a fundamentação teórica, o projeto de sociedade e a estratégia concebida por intelectuais do movimento sanitário que teceram a RSB. Reconhecia-se a importância do setor saúde como componente das políticas sociais e a responsabilidade intransferível do seu sistema de serviços na atenção à saúde da população. Ressaltava-se, no entanto, que o perfil de saúde de uma coletividade depende das condições

vinculadas à estrutura da sociedade, requerendo "ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer, etc." (PAIM, 1987, p. 47). Nessa perspectiva, a RSB apresentava no seu *projeto* uma relação com outras dimensões, tais como a Seguridade Social, a cidadania e as questões educacionais e científico-tecnológicas, entre outras.

A saúde era entendida como produto das condições objetivas da existência, dependendo das condições de vida – biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. Desse modo, o estado de saúde corresponderia a uma das revelações dessas formas de vida, ou seja, um *modo de andar a vida*. Assim, promover saúde implicaria "conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho na sociedade, para que seja possível intervir socialmente na sua modificação", enquanto respeitar o direito à saúde supunha "mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e trabalho insalubres e na estrutura jurídico-política perpetuadora de desigualdades na distribuição de bens e serviços" (PAIM, 1987, p. 47).

Ao entender a saúde e a assistência como bens públicos, defendia-se a democratização do Estado e a redefinição da política de saúde para assegurar a universalização do direito à saúde nos seguintes termos:

> Torna-se necessário alterar o próprio aparelho estatal conformado no autoritarismo, para que ele possa ser permeável ao controle da sociedade. [...] o dever do Estado na garantia dos direitos sociais vai implicar necessariamente no rompimento desta política social restritiva em direção à universalização da cidadania (TEIXEIRA, 1987a, p. 110).

Analisando, recentemente, esses documentos alguns autores apontam "posições mais radicais" nesses discursos enunciados na 8ª CNS, do que a postura moderada do então presidente da Fiocruz, cuja conferência "levantou a platéia":

> Ainda que o papel da condução de Arouca na 8ª Conferência tenha sido indiscutível, o seu discurso expressou uma posição

> mais mediadora de manter a ocupação de espaços nos interstícios de governo, que não podiam ser abandonados nesse momento, e levantar as bandeiras das forças populares alinhadas ao movimento sanitário (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 315)

Dessa forma, foram levados para a Conferência conceitos e concepções trabalhados pela Saúde Coletiva tais como: determinação social do processo saúde-doença e organização social dos serviços de saúde, com matriz teórica marxista, mas também a promoção da saúde, consciência sanitária, políticas públicas intersetoriais e a noção de sistema de saúde. Portanto, o conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes, assumido pelo Relatório Final da 8a. Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, incorporado pela Constituição da República e pela legislação infra-constitucional, encontra-se presente na produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil, sumarizada nos itens anteriores.

Essa concepção da Reforma Sanitária contou com a colaboração de instituições de ensino e pesquisa da Saúde Coletiva, além da Abrasco e do Cebes. Como foi ressaltado, os textos básicos que subsidiaram os debates da 8ª CNS, foram produzidos, na sua maioria, por intelectuais vinculados a universidades, destacando-se o citado documento *Pelo Direito Universal à Saúde* (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1985). Ainda que não seja possível assegurar que esses textos tenham sido lidos, integralmente, pelos delegados e demais participantes da 8ª CNS, muito menos garantir possíveis influências nas votações da Plenária Final, provavelmente foram considerados pelos relatores dos grupos e especialmente pelo relator geral, o Prof. Guilherme Rodrigues da Silva (Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP), um dos mais importantes teóricos e formuladores da Reforma Sanitária Brasileira.

Reformulação do Sistema Nacional de Saúde

No painel que tratou deste tema foram analisados aspectos estruturais da sociedade brasileira (capitalista, dependente e autoritária), destacando-se a relevância da participação em um

"aprendizado democrático, [...] quando o Estado deixa de tutelar a sociedade e quando os cidadãos, de posse de seus direitos, passam a militar em todos os setores" (YUNES, 1987, p. 139). O Secretário-Geral do Ministério da Saúde e o Presidente do Inamps na época registraram o seu compromisso com "uma ampla reforma sanitária" e com a construção do "Sistema Unificado de Saúde", ambos defendendo as AIS como caminho para o alcance desse sistema. Entre as condições e propostas apresentadas destacavam-se:

> O Sistema Unificado de Saúde deve assegurar autonomia política, administrativa e financeira aos estados e municípios, definindo-se as responsabilidades por nível de governo; O sistema Unificado de Saúde deve ter suporte financeiro estável, com recursos provenientes de impostos e integrados em um fundo único por nível de governo; É indispensável que a reforma fiscal e tributária, que a Constituinte venha a promover, tenha em conta as nossas propostas de reforma sanitária; O Sistema Unificado de Saúde deve ser coerente com a integralidade da atenção à saúde (SOUZA, 1987, p. 143).

Esta noção de "sistema unificado" aparece, também, no discurso do presidente do Inamps, embora com um sentido mais amplo:

> Construção de um sistema unificado que se estende para outras práticas, como o controle do meio ambiente, como o controle e a proteção do ambiente de trabalho, como a prioridade da saúde do trabalhador, como a questão do saneamento, como a questão da vigilância sanitária, ou seja, a proposta abrangente de reforma sanitária (CORDEIRO, 1987, p. 146).

Ainda que fossem feitas considerações sobre a carência de leitos hospitalares, insuficiência de recursos face à elevação dos custos da assistência médica e a inserção do médico no sistema e no mercado de trabalho (JATENE, 1987), a ênfase dos pronunciamentos dos representantes do Ministério da Saúde e do Inamps estava dirigida para uma reforma setorial. Esta reforma visava a um "sistema unificado", recorrendo à expressão "reforma sanitária" e advogando uma atuação intersetorial.

Financiamento do Setor Saúde

Ao contrário do que ocorreu com os temas anteriores, a questão do financiamento não contou com análises mais exaustivas, nem foi contemplada com proposições bem estruturadas e fundamentadas. Ainda assim, foi realizada uma crítica ao discurso da universalização, uma vez que "embutida neste tratamento de todos como iguais, existe uma profunda injustiça" (CHORNY, 1987, p. 170). Este planejador lembrou que nem todos eram iguais, havia os que tinham e os que não tinham, cabendo ao Estado "ser desigual no tratamento dos desiguais". Ao esboçar a noção de eqüidade, o autor questionou a idéia de pensar receitas para o setor saúde sem considerar o total dos recursos da economia e a sua distribuição, concluindo:

> Neste sentido, todas as medidas propostas são conjunturais, que não tocam a reformulação do sistema. [...] As medidas financeiras estão aquém das propostas e estão mais pensadas na operação passada do sistema (CHORNY, 1987, p. 170).

Assim, os demais documentos apresentados reiteravam os limites do financiamento das políticas sociais, a regressividade da estrutura tributária, o duplo pagamento de impostos pela população – diretos e indiretos (pois as empresas contabilizam contribuições como encargos sociais e transferem parte de seus valores para os preços de bens e serviços) –, a distribuição desigual dos recursos federais entre as regiões, e o privilégio da dedução do imposto de renda com despesas na atenção à saúde no setor privado, entre outros problemas (MÉDICI; SILVA, 1987, MELO, 1987).

Outras contribuições

Ao lado dos textos e pronunciamentos vinculados às grandes mesas que trataram dos três eixos temáticos da oitava, já examinados, diversos documentos de alta qualidade técnica e propositiva estiveram disponíveis para os delegados e participantes da conferência, constando ou não dos seus anais. Além desses documentos técnicos, diversos folhetos foram distribuídos marcando a posição das diversas

instâncias da sociedade civil. A CUT, por exemplo, através dos seus 50 delegados propôs "um sistema de saúde estatizado, unificado, regionalizado e que garanta atendimento integral, igualitário e de boa qualidade a toda a população brasileira". Defendia uma concepção de seguro social de modo que o orçamento da Previdência deveria ser "utilizado somente para a concessão de benefícios, pensões e aposentadorias", concluindo com a explicitação de uma imagem de uma nova sociedade:

> A conquista destas reivindicações dar-se-á através de um processo de luta política dos trabalhadores que com a sua organização e união avançam rumo a uma sociedade justa, democrática, sem exploração e dirigida pelos próprios trabalhadores. (CUT, 1986)

Ainda foram feitas reflexões sobre a descentralização e democratização do sistema de saúde, além de explicitada a distinção entre medicina e saúde, mencionando-se a literatura especializada que demonstrava a pouca influência das políticas médico-sanitárias sobre os indicadores de saúde das populações. A ênfase nos determinantes da saúde[10] não significava desqualificar a assistência médica, mas examinar outras possibilidades de reorganização do sistema de saúde:

> [...] aponta para a necessidade de reversão desta tendência à medicalização e para a importância da politização do conceito de prevenção, na medida em que se constitui como conceito estratégico e mesmo revolucionário para a transformação do quadro dramático de saúde da população brasileira (POSSAS, 1987, p. 235).

Esse texto questionou a ênfase nas propostas de fusão e integração das instituições quando desconhecia o conjunto das forças sociais e seus interesses fincados no processo sócio-econômico no país. Rejeitava a concepção das AIS como estratégia de transição para o SUS, por sua timidez diante do quadro de morbi-mortalidade, por manter a dicotomia entre assistência médica, individual e curativa, e saúde pública, bem como por reproduzir na rede pública as distorções

relacionadas a produtividade do setor privado. Entre as proposições apresentadas poderiam ser ressaltadas as seguintes:

> Quanto à integração das ações de *saúde*, [...], ela só poderá ser viabilizada através de ampla Reforma sanitária, definida a partir do debate que se fará durante a Constituinte e sobretudo na legislação ordinária subseqüente, o que permitirá a definição de Sistema *Único* - e não simplesmente Unificado - de Saúde em âmbito nacional (POSSAS, 1987, p. 246).

Considerando as apresentações registradas anteriormente do Presidente do Inamps (CORDEIRO, 1987) e do Secretário Geral do Ministério da Saúde (SOUZA, 1987), utilizando a denominação "sistema unificado", a autora fez questão de distingui-la do Sistema *Único*. Havia ainda os que preferiam a antiga denominação de Sistema Nacional de Saúde (MENDES, 1987), em vez de SUS. Possivelmente tais preferências não eram apenas por palavras.

Outro autor propunha a redefinição das AIS "como instrumento de articulação intersetorial e entre esferas de governo", afirmando que "a plena consecução desta reforma deveria corresponder à absoluta supressão dos convênios das Ações Integradas" (RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 263). Entretanto tais posições não eram consensuais, inclusive quando a própria idéia de Sistema Único de Saúde, nos termos do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, era questionada por um dos participantes:

> [...] Não parece viável e factível falar-se num Sistema Único de Saúde no Brasil. Melhor será se dizer a respeito de um Sistema Nacional de Saúde organizado sob a ótica de uma gestão pública sobre o conjunto das modalidades assistenciais passíveis de um controle estatal pleno, respeitando-se as formas jurídicas das organizações vigentes (MENDES, 1987, p. 279).

Por trás de uma aparente questão de denominação encontrava-se uma preocupação estratégica com a reformulação do sistema de serviços de saúde e sua relação com as AIS:

> Assim, essa reformulação deve ser vista como um processo de construção social, de luta política portanto, o que vai significar a definição de uma estratégia [...] Exige o abandono de uma atitude normativa que pressupõe que pelos conteúdos de racionalidade técnica ou de justiça social imanentes que uma proposta de reformulação contenha, ela garanta, a priori, a sua viabilização. [...] Qualquer proposta, por mais democrática que seja, sofrerá antagonismos de grupos que terão seus interesses contrariados. Será portanto, agir, a cada momento com uma inteligência política, alimentada por constantes análises de conjuntura, no sentido de um movimento que , simultaneamente, acumule poder e, gradativamente, permita a realização das transformações democratizadoras (MENDES, 1987, p. 279-280).

Reconhecendo a saúde como direito de todos e "fruto socialmente compartilhado do trabalho nacional", o texto a seguir aproximava-se das formulações da Medicina Social:

> O estado democrático tem o *dever* de prover os meios e condições necessárias e suficientes para que esse fruto seja colhido da forma mais extensa, igualitária e dentro da economia social (racionalidade) que deve prevalecer com o intuito de otimizar os recursos comuns de uma sociedade (RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 258).

Esse *mix* de discurso racionalizador e democrático desembocava nas alternativas de participação estatal, ou seja, seguridade social e serviço público. Explicitando a sua opção pela segunda alternativa, o autor enunciava algumas "diretrizes" para nortear a organização do sistema, tais como: unificação do sistema com comando único em cada esfera do governo; articulação entre as várias esferas do governo (federal, estadual e municipal); integração intersetorial, especialmente com saneamento, habitação, colonização, viação, abastecimento e educação; integralidade de ação setorial, superando progressivamente as dicotomias individual/coletivo e preventivo/curativo; participação popular na formulação e controle da execução da política de saúde em todos os níveis; descentralização máxima do sistema, mantendo-se como unidade básica de planejamento e execução a unidade federada;

sistema único de informações; regionalização e hierarquização dos serviços, em rede funcionalmente articulada; universalidade e eqüidade absolutas em todos os segmentos sociais e regiões do país; gratuidade na prestação de serviços, inclusive na assistência farmacêutica; unificação da política de pessoal de saúde (RODRIGUEZ NETO, 1987).

Essas diretrizes apoiavam-se na "consensualidade da crise" da organização sanitária brasileira, expressa nos seguintes fatos: desigualdade no acesso aos serviços de saúde; inadequação dos serviços à estrutura de necessidades; baixa produtividade dos recursos existentes; crescimento elevado e descontrolado dos custos; qualidade insatisfatória dos serviços; inadequada estrutura de financiamento setorial; ausência de integralidade das ações; extrema diversidade das formas de produção e remuneração dos serviços; multiplicidade e descoordenação das instituições com atuação no setor; excessiva centralização do processo decisório; ineficácia social do sistema (MENDES, 1987).

Este autor, enquanto consultor da OPAS, trouxe uma reflexão sobre a doutrina da atenção primária em saúde para a 8ª CNS e as três interpretações predominantes: APS enquanto, programa, nível de atenção ou estratégia. Foi feita, também, uma referência à Conferência Mundial de Alma Ata para indicar a proximidade das iniciativas e realizações municipais com as suas recomendações (SANTOS, 1987). Em outra contribuição apresentada foram explicitados "princípios" para a reformulação do sistema: unicidade administrativa a nível federal; regionalização e hierarquização dos serviços; integralidade da atenção à saúde; descentralização das ações de saúde; redefinição das relações entre os setores prestadores de serviços; reorientação das políticas de recursos humanos; reorientação das políticas de tecnologia e científicas; controle social do sistema (MENDES, 1987).

Não obstante certa confusão e superposição entre princípios e diretrizes, a maioria dessas propostas foi assimilada, posteriormente, no arcabouço legal do SUS. O mesmo não ocorreu em relação ao financiamento, quando foram recomendadas maior inversão no

setor, com definição de percentual do Produto Interno Bruto (PIB) (8 a 10%), criação de receita própria para o setor, fundo nacional de saúde e gestão colegiada desse fundo, bem como a "desvinculação das fontes para os sistemas de saúde e previdência" (RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 259). Foram criticadas, severamente, a lei da oferta e da procura na área da saúde (PINTO, 1987) e a "cultura bancária", expressa nas relações de compra e venda de serviços, mesmo com os setores público e filantrópico:

> É necessário substituir esse sistema de pagamento por orçamentos integrados ou fundos orçamentários pluriinstitucionais, desconsolidados pelos níveis federativos, onde as posições de comprador e vendedor sejam trocadas por uma relação de co-responsabilidade no financiamento e na prestação de serviços, através da co-gestão (MENDES, 1987, p. 290).

No que tange à municipalização, as propostas apresentavam-se mais tímidas do que aquilo que foi possível executar, posteriormente, como se pode constatar no seguinte fragmento:

> Sempre que possível, os serviços básicos de saúde devem ser transferidos aos municípios, dentro de um plano gradualístico e programático, a partir de cada realidade específica [cabendo aos municípios] papel predominantemente executivo. [...] Na dependência do tamanho e condições, o município pode assumir maiores responsabilidades executivas, como é o caso da maioria das capitais, que poderão ter a seu cargo praticamente todos os serviços [...] e mesmo celebrar os contratos necessários com a rede privada (RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 262).

Mesmo depois da 8ª CNS, o Secretário de Estado da Saúde de São Paulo, João Yunes representante das Secretarias Estaduais na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), defendia que os serviços básicos de saúde fossem gerenciados pelas secretarias municipais enquanto "os hospitais e serviços de maior complexidade, pelos governos estaduais" (PROPOSTA, 1987, p. 7).

Contudo, as proposições apresentadas não se restringiam à institucionalidade e à organização do novo sistema, avançando para a incorporação ou articulação de outros setores no sistema de saúde. A busca de articulação intersetorial necessária para o eqüacionamento de problemas apontava para a necessidade de uma real "reforma sanitária", transcendendo "os limites formais do sistema prestador de serviços e alcançando todos os meios e setores que afetam a qualidade de vida" (RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 257). O entendimento de que "o termo saúde expressa a qualidade de vida de uma população" e a pertinência de desfraldar a bandeira de uma Reforma Sanitária levavam a seguinte implicação:

> [...] uma indagação permanente dos seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais e a inserção, na política de saúde, de novos espaços sociais como os da educação, meio ambiente, previdência, emprego, habitação, alimentação e nutrição, lazer e esporte (MENDES, 1987 p. 265).

Na perspectiva de setores da academia muitas dessas proposições tinham como horizonte, em última instância, a "socialização da saúde":

> Incorporação das ações de saúde pública e de atenção ao trabalhador ao Sistema de Saúde, abrindo-se as portas das empresas para o acompanhamento da saúde dos seus trabalhadores pelos serviços locais de saúde. As mudanças propostas no plano institucional e jurídico deverão, extrapolando o campo estrito do que se costuma conceber como 'setor saúde', propiciar o estabelecimento de novas relações com outras instâncias da organização da vida social (habitação, trabalho, transporte, meio ambiente, etc.). Com isto se poderá ampliar, nos planos cultural e político, os conceitos de saúde e cura, abrindo desta forma o espaço para a difusão das idéias de prevenção. Esta recuperação da dimensão social do conceito de prevenção, superando sua restrição atual à concepção tradicional de saúde pública, vinculada ao controle de epidemias, constitui certamente um dos aspectos mais importantes e inovadores deste projeto de reorganização do sistema de saúde. A partir desta nova concepção de proteção da saúde, seria possível passar da medicalização

> da sociedade à socialização – que não se identifica com estatização – da saúde (POSSAS, 1987, p. 250-251).

Este quase programa para uma Reforma Sanitária ampla, identificada como "utopia socialista", não estava livre de constrangimentos históricos, sociais, culturais e econômicos. Desse modo, podia-se constatar, também, posições cautelosas:

> Na atual conjuntura social e política é necessário ter-se clara a imagem-objetivo desse sistema de saúde que se persegue, com a finalidade de orientar as decisões estratégicas [...] Na verdade é um período de transição, onde [...] mudanças [...] podem ainda trazer surpresas, dado o processo peculiar verificado no país, quando não houve propriamente uma substituição de lideranças políticas e de quadros dirigentes da burocracia estatal, mas sim um realinhamento em torno de um novo pacto político exigido pela nação através de movimentos populares pacíficos, mas de grande significação social [...] Há ainda muito caminho a se percorrer e conquistar na direção de um amplo direito à saúde, que transcenda a simples questão da assistência médica, como o direito às condições de saneamento, à qualidade do ar e da água, dos medicamentos; o direito às condições próprias e higiênicas dos alimentos, às condições adequadas de trabalho e à possibilidade do descanso digno e restaurador, entre outros (RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 257-260).

As condições políticas desfavoráveis foram previstas por parte dos militantes, mas apesar dessa leitura da conjuntura e de alguns alertas, o *otimismo da vontade* contaminava alguns dos seus intelectuais:

> Diferentemente do recente Projeto de Reforma Agrária, abandonado pelas pressões dos proprietários rurais [...], uma Reforma Sanitária enfrentaria menores resistências – que não devem ser subestimadas. Isto se deve ao fato de que, além de não colocar em questão relações de propriedade, esta Reforma simplesmente consolidaria [...] a tendência que hoje já se verifica de expansão das atribuições do setor público em saúde (POSSAS, 1987, p. 251).

Mesmo sem analisar os interesses incrustados na organização social dos serviços de saúde no Brasil, particularmente os relacionados

ao capital industrial (medicamentos, equipamentos, material descartável e eletro-eletrônicos) e aqueles vinculados ao capital financeiro (seguros-saúde), bem como o poder simbólico e as representações ideológicas da medicina convencional e tecnológica, a autora apresentava a seguinte conclusão:

> Ainda quanto às condições políticas para a viabilização de uma Reforma Sanitária brasileira, cabe ressaltar que se é verdade, por um lado, que a inexistência de partidos orgânicos e estruturas sindicais fortes dificulta a mobilização que a deflagraria, colocando o Brasil em situação distinta dos demais países europeus, como a Itália, por outro lado - e também diferentemente daqueles países - a gravidade do quadro sanitário da maioria da população brasileira faz com que se torne cada vez mais uma exigência premente e inadiável (POSSAS, 1987, p. 251).

Entretanto, as necessidades de saúde da maioria da população brasileira não foram capazes, por si mesmas, de fazer com que os segmentos mais penalizados vocalizassem suas demandas e se organizassem de tal forma que fossem capazes de sustentar, politicamente, o projeto da RSB. Daí a pertinência de um desenho estratégico:

> Convém ter claro que, apesar de sua essencialidade, as mudanças no nível jurídico-político, por mais avançadas que sejam, não garantirão, por si, a oferta de serviços de saúde eficazes, eficientes e democratizados à população que, de resto, não se dão no abstrato. É por isso que se torna necessário ir trabalhando desde já e aproveitando os espaços políticos, jurídicos e institucionais que se apresentam no regime de transição democrática, ao nível microssocial, no sentido da construção, de baixo para cima, de modelos assistenciais, referidos a espaços-populações determinados e que incorporem, gradualmente, nas suas concretudes, a doutrina e os princípios reorientadores (MENDES, 1987, p. 296-297).

Além dessa via institucional de reformulação do sistema de saúde, foram apresentadas contribuições relativas à participação social em saúde (CORDONI JUNIOR, 1987). Esta foi definida por

um dos idealizadores e condutores do famoso *Projeto Montes Claros* da seguinte forma: "[...] conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde" (MACHADO, 1987, p. 299).

O autor chamou a atenção para o fato de que a consciência necessária para impulsionar essas ações não se forma isoladamente, mas depende de uma concepção geral de vida, dentro de um momento histórico e em função de condições e características "de um mundo que se deseja alcançar". Para alcançar esta consciência mais geral que, na saúde, poderia ser denominada *consciência sanitária*, alguns aspectos deveriam ser considerados:

> a) [...] Como os grupos dominantes detêm os melhores recursos para se apropriarem do saber, das informações e da memória social, eles podem tirar maior proveito da situação. Ocupando o poder político, podem antecipar-se às lutas e reivindicações e impedir o seu desenvolvimento, segundo os cálculos de risco que possam formular. Utilizando, então, a desinformação, os aparelhos ideológicos, o suborno e cooptação de lideranças e a repressão de movimentos mais organizados, procuram retardar ou mesmo impedir a organização e a consciência das camadas populares.
> b) [...]. Há uma carência crônica de capital para investimentos e a necessidade de economizar excedentes se torna mais crucial [...]. Isto leva a um particular acirramento da luta de classes dentro do Estado (MACHADO, 1987, p. 300).

Esta abordagem marxista para a compreensão dos limites e possibilidades da participação social em saúde avançava na análise da formação social brasileira, tal como referido anteriormente no capítulo sobre o pensamento social no Brasil. As mudanças realizadas pelas forças conservadoras através de "revoluções pelo alto" – movimentos de modernização conservadora realizado pelas "elites mais antiquadas" tais como a Independência, Abolição da Escravatura, Proclamação da República, Revolução de 30, derrubada do Estado Novo, o movimento militar de 1964 –, permitem a seguinte conclusão:

> [...] A transição para a democracia não se completará com a instituição de um estado de direito próprio das democracias burguesas. Acreditamos que se deva ir além, buscando uma democracia popular – cujos contornos não estão claros, o que coloca, de 'per si', para os intelectuais orgânicos, um desafio a mais - sem perder de vista que o objetivo final é uma democracia sem adjetivos, assentada numa sociedade sem classes (MACHADO, 1987, p. 305).

Neste tópico foram examinadas, portanto, contribuições de formuladores para a 8ª CNS contidas nos seus Anais, ainda que não fossem objeto de exposições orais. Evitou-se, propositadamente, analisar discursos de autoridades nessa publicação face a sua discutível contribuição para a construção da *proposta* e do *projeto* da RSB. A única exceção desse critério diz respeito ao discurso do presidente da Fundação Oswaldo Cruz, Sérgio Arouca, devido ao seu protagonismo no *movimento pela democratização da saúde* e, especialmente, na liderança exercida na proposição, concepção e construção da Oitava. Sob o título *Democracia é Saúde*, iniciou o seu pronunciamento revisitando a definição de saúde da OMS e o ciclo vicioso da pobreza-doença em nova perspectiva:

> Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até à informação sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo.
> É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não sejam os do povo [...]. Cada vez, enfim que tais direitos são assegurados há uma população que luta mais e com maior consciência para transformar essa sociedade (AROUCA, 1987a, p. 36-37).

Explicou que a 8ª CNS ocorria em um instante no qual o debate sobre a reformulação do sistema de saúde quase que se restringia a uma reforma administrativa diante da proposta de transferência do Inamps para o Ministério da Saúde, esclarecendo que a Conferência era da população brasileira e não dos prestadores de serviços de saúde. Apresentou desculpas pelo fosso existente entre a mesa e a platéia. Pediu licença aos profissionais de saúde para destacar um convidado especial – a sociedade civil brasileira organizada, conclamando a Confederação Nacional de Bispos do Brasil (CNBB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), as confederações nacionais de trabalhadores, associações de bairros, sanitaristas, pesquisadores, trabalhadores de saúde, inclusive entidades ligadas ao setor privado:

> Não pretende excluir nenhum dos grupos envolvidos na prestação de serviços [...]. Portanto, todo aquele empresário que está trabalhando seriamente na área da saúde, na qualidade da sua competência técnica e profissional, não precisa se sentir atemorizado, porque aqui ele vai ser defendido (AROUCA, 1987a, p. 39).

Esta convicção democrática, assentada no respeito a possíveis oponentes, implicava um agir comunicativo na esfera pública a exigir argumentos para sustentar o projeto da Reforma Sanitária. E as bases teóricas e conceituais bem como a mobilização de vontades e de afetos pareciam em condições de enfrentar tal desafio. Afirmando que a Conferência traduzia um grande gesto de desejo e força convocou todos para a construção de um grande projeto nacional: "uma verdadeira reforma sanitária". Esta era relacionada com a reforma econômica, com a reforma agrária e com "profundas reformas urbana e financeira" pois a saúde é determinada pela economia, pela política e pela sociedade. Ao recorrer aos adjetivos amplo, verdadeiro e profundo para qualificar a Reforma Sanitária queria, possivelmente, evitar confundi-la com a transferência burocrática de instituições ou com a simples mudança da direção (AROUCA, 1987a), esclarecendo:

> É por essa reforma que estamos brigando. E ela não pode ser um projeto da minha cabeça ou da cabeça dos profissionais; ela tem que ser construída, desejada, montada, inventada pela sociedade brasileira, mesmo que o resultado final não seja aquilo que muitos de nós estamos querendo que seja [...]. Temos que aprender a viver com a adversidade, com o coletivo. E será assim que vamos construir nosso projeto, sabendo que, embora muitas vezes possamos errar, não vamos errar nunca o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa (AROUCA, 1987a, p. 41-42).

Esta foi a convocação generosa para um projeto nacional que tomava a Reforma Sanitária como referência para as mudanças necessárias com vistas a uma sociedade democrática e socialista no Brasil. Após intensos debates, parte significativa das contribuições expostas nos últimos tópicos foram sintetizadas no relatório final.

O Relatório Final

Esse relatório registrou a participação de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados, incorporando proposições e conteúdos dos textos, debates, mesas-redondas e trabalhos de grupos, cuja síntese foi aprovada na plenária final da Conferência. Entre os tópicos mais polêmicos destacaram-se a estatização imediata do sistema de serviços de saúde e a defesa das AIS como estratégia de transição para o novo sistema de saúde.

As AIS foram defendidas em certos textos, como nos de Cordeiro (1987), Cordoni Jr. (1987), Mendes (1987), Paim (1987), Santos (1987), e questionadas por outros, como Possas (1987), Rodriguez Neto (1987), Teixeira (1987a). Com relação ao tema "Saúde como direito", a Conferência aprovou 13 proposições onde se destacam:

> [...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

> A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
> Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.
> [...] necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isto será garantido mediante controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.
> Desse conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: trabalho em condições dignas com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; alimentação para todos, segundo as suas necessidades; moradia higiênica e digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso, lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.
> As limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural [...].
> As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde, e de uma organização de serviços socialmente adequada (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 382-383).

Esta compreensão pode ser creditada à produção do saber sobre determinação social do processo saúde-doença realizada pela Saúde Coletiva no Brasil e na América Latina, desde a década de 70. E os princípios e diretrizes relativos ao direito à saúde, cidadania, gestão pública, universalização, equidade e democracia conferem atualidade a tais proposições.

Reconhecendo a debilidade da organização da sociedade civil e a existência de um modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor, o Relatório Final apresentou 27 proposições referentes ao tema "Reformulação do sistema nacional de saúde", onde se destacam:

> Criação de um Sistema Único de Saúde [...] separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla reforma sanitária.
> Eqüidade em relação ao acesso dos que necessitam atenção.
> Respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública;
> Admissão através de concurso público; estabilidade no emprego; composição multiprofissional das equipes; [...] cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva; direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde; [...] incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado [...];
> O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados; [...] deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público.
> É necessária a formulação de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde [...].
> Em nenhum momento a existência das AIS deverá ser utilizada como justificativa para protelar a implantação do Sistema Único de Saúde.
> Criar as bases para uma Reforma Sanitária Nacional. Os participantes da 8ª CNS propõem, com esta finalidade, a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 384-388).

Muitas das proposições apresentadas na Conferência, tais como SUS, rede regionalizada e hierarquizada, atendimento integral, participação da comunidade, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tiveram como matriz conceitual formulações dos movimentos da Medicina Preventiva e da Saúde Comunitária.

No que diz respeito ao terceiro tema – "Financiamento do setor" houve apenas nove proposições, destacando-se a proposta de constituição de um "orçamento social", a criação de fundos de saúde e o estabelecimento de fontes estáveis de receita.

A 8ª CNS, além de construir o corpo doutrinário e proposições políticas da RSB, contribuiu para a constituição de sujeitos sociais como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems):

> Naquela conferência, histórica para todos nós, através da coordenação do professor Nelson Rodrigues dos Santos, que era o Secretário Municipal de Saúde de Campinas, nós reunimos 77 representantes de prefeituras nos degraus do ginásio de esportes daqui de Brasília. Nessa reunião com o Nelsão, nós estabelecemos a estratégia de criação do Conasems (MEDEIROS *apud* FALEIROS *et al*. 2006, p. 83).

Em síntese, a leitura desse Relatório Final (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987) permite destacar os principais elementos constitutivos do *projeto* da Reforma Sanitária construído pela 8ª CNS: a) ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento social.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS)

Concluída a 8ª CNS, novas exigências colocavam-se para o movimento sanitário. A institucionalização das deliberações da referida conferência passou a representar uma outra etapa do movimento sanitário com a produção de diferentes fatos:

> [...] sob o prisma do governo, a criação e a atuação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária; pelo lado do processo participativo e sua relação com a sociedade, a constituição

> da Plenária Nacional de Saúde; e, do ponto de vista político-formal, a instalação da Assembléia Nacional Constituinte (FALEIROS, 2006, p. 85).

Assim, foi criada nessa época a Plenária Nacional de Saúde na qual participavam partidos políticos, sindicatos, movimentos populares, universidades, pessoas, personalidades, contando na sua coordenação com a Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a CUT e representantes de vários movimentos (SILVA *apud* FALEIROS *et al.* 2006, p. 88-89).

Além da Plenária da Saúde, da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e da Assembléia Nacional Constituinte, poder-se-iam acrescentar dois conjuntos de iniciativas: a expansão e o aprofundamento das AIS, transformando-se nos *Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)* e as ações sócio-comunitárias visando à mobilização de atores sociais em torno da RSB e ao desenvolvimento da consciência sanitária.

> A Reforma Sanitária que hoje é exigida no Brasil, portanto, é também um processo de aprofundamento da consciência sanitária da população e dos profissionais, no qual a postulação do direito à saúde corresponde a um resgate pela sociedade do caráter público das políticas estatais (EDITORIAL, 1986b, p. 1).

Enquanto o Ministério da Saúde que convocara a 8ª CNS retornou a sua prática campanhista, tentando combater a dengue, muitas entidades ficaram perplexas diante do imobilismo do governo e da falta de compromisso para com o *projeto* da Reforma Sanitária. A não instalação do *Grupo Executivo da Reforma Sanitária* e o recuo observado na articulação entre o Ministério da Saúde e o Inamps/MPAS geravam acusações mútuas entre participantes do movimento sanitário vinculados a tais instituições. Foi necessária uma intervenção habilidosa da diretoria da Abrasco para trabalhar as divergências e fortalecer o movimento:

> A Abrasco, desempenhando o papel de 'superego' do movimento, realizou uma histórica reunião em 5 de julho de 1986 em que se firmou um acordo entre os representantes das duas instituições para que os respectivos ministros fossem convencidos a convocar a referida Comissão (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 50).

Diante da paralisia do Ministério da Saúde e da tomada de iniciativas pelo Inamps, o movimento sanitário pressionou o governo Sarney para a implementação da Reforma. A Abrasco conseguiu articular lideranças e entidades em torno de alguns pontos básicos do *projeto*, produzindo um documento no qual reconhecia a importância das AIS na conjuntura e cobrava o compromisso dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social para darem prosseguimento à RSB. Ou seja, se não foi possível criar o Grupo Executivo da Reforma Sanitária no formato recomendado pela 8ª CNS, conseguiu-se a instalação da CNRS (BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1986)

A CNRS foi constituída de forma paritária por representantes do governo e da sociedade e composta por órgãos governamentais, Congresso Nacional e Sociedade Civil, assim discriminados: Ministério da Saúde (Secretário Geral e Presidente da Fiocruz); Ministério da Previdência e Assistência Social (Secretário de Serviços Médicos e Presidente do Inamps); Ministério da Educação e Cultura (Secretário de Educação Superior); Ministério do Trabalho; Ministério do Desenvolvimento Urbano; Ministério de Ciência e Tecnologia; Secretaria de Planejamento da Presidência da República; Conass (2 representantes, sendo um o Presidente); Câmara de Deputados (Comissão de Saúde); Centrais Sindicais tais como: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), CGT e CUT; Centrais Patronais: Confederação Nacional da Indústria (CNI), CNC e CNA; Prestadores Privados (Confederação das Misericórdias do Brasil e FBH); Profissionais de Saúde (Federação Nacional dos Médicos); Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam). Trata-se de um marco para o desencadeamento do *processo* da Reforma Sanitária Brasileira.

Nesse ano ocorreu o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, o *1º Abrascão*. Realizado no Rio de Janeiro no período de 22 a 26 de setembro de 1986, com o tema central "Reforma Sanitária e Constituinte: garantia do direito universal à saúde" (LIMA; SANTANA, 2006), convocava os militantes para novas mobilizações e articulações. Naquela oportunidade o presidente da entidade, Prof. Sebastião Loureiro definia a linha de atuação da Abrasco na conjuntura:

> É neste momento, com a convocação de eleições para um congresso constituinte que precisamos nos juntar para influenciar as decisões políticas que venham resgatar o compromisso social na área da saúde, que se torna mais urgente e imperativo. A recente convocação da VIII CNS trouxe-nos a grande responsabilidade de dar continuidade a este processo e de contribuir tanto com o conhecimento técnico científico produzido na área de saúde coletiva, como na competência política de analisar criticamente certas conjunturas, mobilizar vontades, articular ações e iniciativas que levem adiante um projeto de transformações profundas e radicais para o setor saúde. É esta a responsabilidade, é este compromisso que a Abrasco, ao organizar este congresso, quer dividir com todos os participantes. É este, ao nosso ver, o perfil de atuação da Abrasco. (EDITORIAL, 1986b, p. 1)

Na declaração final do *1º Abrascão*, defendia-se a continuidade da mobilização social, o apoio à CNRS e aos avanços das AIS, a construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária, o engajamento no processo constitucional e o comprometimento dos candidatos nas eleições com a Reforma Sanitária (LIMA; SANTANA, 2006).

Enquanto isso, o Inamps, sob a direção de Hésio Cordeiro, ao lado de Henri Jouval, José Gomes Temporão, José Noronha, entre outros, produzia documentos para discussão (escritos, possivelmente, no ano de 1986), capazes de mobilizar vontades e fundamentar opções técnicas e político-institucionais em torno de mudanças no setor. Um desses documentos propunha unidades básicas em bases territoriais denominadas *distritos sanitários*, com uma população de cerca de 50.000 pessoas, onde deveria ocorrer a integralidade das ações de saúde e clientela adstrita (adesão de 1.500 a 3.000 pessoas por

médico de policlínicas pago por capitação), bem como a acessibilidade, continuidade e resolutividade:

> Esta proposta adota como pressuposto básico a necessidade de uma mudança profunda no conteúdo das práticas de saúde que altere de forma simultânea a relação dos serviços de saúde com as comunidades, da equipe de saúde com os grupos populacionais e de cada profissional de *per se* com cada cidadão ou cidadã.[11]

Ao se referir às atividades comunitárias, o documento esclarecia não se tratar de um retorno à medicina comunitária dos anos de 1960 e 1970, nem da medicina de família importada de outros países; referia-se, sim, à integração das ações básicas tais como promoção de um adequado ambiente de trabalho, vigilância epidemiológica, atividades em conselhos comunitários de saúde, educação em saúde, controle de fatores de risco, etc. com a humanização do atendimento e com um novo compromisso social. Apresentava, ainda, propostas relativas ao pessoal de saúde, organização, gestão e participação social, além de uma estratégia de implantação.

Outro documento utilizava o conceito ampliado de saúde para a reestruturação do sistema, centrando-se na descentralização e na organização do processo de trabalho dos profissionais, a partir da gestão do distrito sanitário:

> É ao nível do distrito que estão concentradas as responsabilidades de cobertura, a administração dos meios de forma a garantir a integralidade e a resolutividade das ações. O gestor do distrito terá que ser identificado pela população, pelos profissionais de saúde, pelos chefes de unidades, pelos prefeitos e vereadores, como o agente concreto do sistema.[12]

O terceiro documento para discussão, assinado pelo presidente do Inamps, apresentava diretrizes para um Serviço Nacional de Saúde, contemplando a questão institucional (unificação descentralizada), quadro de pessoal, financiamento, estruturas gestoras e fluxo de recursos.[13] A proposta "tático-operacional" explicitada indicava transferência de unidades básicas e ambulatórios para a gestão

municipal e as mais complexas para a gestão estadual, servindo de campo de integração ensino-serviço. Trata-se, na realidade, do aprofundamento das AIS e a sistematização das idéias iniciais do futuro Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Esses movimentos, porém, foram severamente criticados pela Diretoria da Abrasco em um polêmico editorial do boletim da entidade:

> O MPAS/Inamps, ao mesmo tempo que não valoriza a Reforma Sanitária, investe na tentativa de cooptação de governos estaduais e prefeituras, propondo uma 'descentralização' de recursos com repasse direto a essas instâncias, proposta essa que tem por objetivo preservar o poder do setor nas mãos da Previdência Social (EDITORIAL, 1987, p. 1).

Ainda que não se disponha de elementos para refutar a intenção de ministros de preservar ou ampliar seu poder, seja na previdência, seja na saúde, tal acusação contra a equipe dirigente do Inamps parecia ignorar todo o trabalho de militantes históricos do movimento sanitário inseridos naquela autarquia. Do mesmo modo, a insinuação segundo a qual governos estaduais e municipais, legitimamente eleitos, dispondo nos seus quadros de dirigentes e técnicos comprometidos com a democratização de saúde estariam sendo cooptados, só era compreensível face à exacerbação das paixões políticas quando se confundiam aliados com oponentes.

A partir de março de 1987 o Projeto *Radis* da Fiocruz lançava a publicação *Proposta - Jornal da Reforma Sanitária* cujo editorial assinado por Sérgio Arouca tinha o sugestivo e provocante título: "Reforma Sanitária é irreversível":

> A Reforma Sanitária passou a ser a síntese de todas as recomendações, propostas e conclusões desse amplo debate nacional. A necessidade da transformação do sistema de saúde, da municipalização, da sua democratização interna, de uma nova política de recursos humanos e de ciência e tecnologia, enfim, aliando-se a todas as outras reformas sociais que é o

> compromisso da Nova República, surgiu como uma idéia forte, suprapartidária, praticamente de consenso nacional, a necessidade da Reforma Sanitária (AROUCA, 1987b, p. 2).

Entendendo a Reforma Sanitária na sua articulação com outras reformas sociais prometidas pela "Nova República" reiterava-se o caráter suprapartidário do *projeto*. Mas na apresentação dos trabalhos realizados pela CNRS, relativa ao primeiro documento produzido, constata-se um texto assinado pelo seu secretário-técnico no qual explicitava a sua natureza processual:

> Falar em Reforma Sanitária, não é só falar em Reforma Administrativa, não é só falar em um momento, em um tempo determinado, mas sim falar de um processo que viabilize, no prazo mais curto possível, a superação do quadro sanitário de nosso país.[14]

Este fragmento suscita duas observações. A primeira diz respeito ao destaque da RSB enquanto *processo* e não mais como *proposta* ou *projeto*. A segunda, refere-se a uma construção mais sutil do discurso quando ressaltava que "*não é só* falar em Reforma Administrativa" (grifo nosso). Ao contrário das várias manifestações durante a 8ª CNS que rejeitavam a idéia de Reforma Sanitária como Reforma Administrativa, inclusive reiteradas no Relatório Final, meses depois ela passava a ser aceita, mesmo com a advertência do "não é só". Era já um sinal da *revolução passiva* chegando perto da Reforma Sanitária.

Nessa publicação encontra-se um documento de referência (derivado da articulação liderada pela Abrasco já mencionada), onde se inclui a proposta de implantação dos Distritos Sanitários e aparece a expressão "controle social" no sentido da atuação efetiva por parte dos usuários "seja diretamente através da relação com o prestador, seja indiretamente através de mecanismos de representação (conselhos comunitários, associações de moradores).[15] Segundo o Secretário Executivo da CNRS e vice-presidente da Fiocruz, Arlindo Fábio Gomez de Souza, cogitou-se na ocasião da elaboração de um Plano Trienal para implementar as decisões da 8ª CNS e de um Plano

Decenal para a implantação da Reforma Sanitária (PROPOSTA, 1987b, p. 6-7).

Apesar das restrições às AIS durante a 8ª CNS, também retificadas no seu Relatório final, o realismo diante da conjuntura levava a uma revalorização dessa estratégia:

> Em realidade, a Reforma Sanitária Brasileira é um processo em andamento e, as Ações Integradas de Saúde, o principal instrumento estratégico que garante sua viabilidade e factibilidade. [...] A perspectiva próxima de amplo debate sobre a Reforma Sanitária exige, do conjunto das instituições envolvidas, todo o empenho no aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde na direção plena da consecução dos seus objetivos (p. 41-42).[16]

Posição semelhante foi assumida, posteriormente, pelo Presidente da Abrasco ao reconhecer naquela estratégia um avanço que caminhava na direção da Reforma Sanitária. Entretanto, ao defender uma "vigilância crítica", fez restrições à criação da CNRS, não só pela sua natureza "consultiva", mas sobretudo por se distanciar da proposta da 8ª CNS:

> Preferíamos um Grupo Executivo da Reforma Sanitária, de conotação mais objetiva, mais ágil, mais ligado à execução, para viabilizar a Reforma. Comissão, pelo seu próprio nome, é uma coisa meio esvaziada, num sentido de agilização. Se diz mesmo que quando o governo não quer fazer nada, cria uma comissão. Nós propusemos um Grupo Executivo e só a mudança de nome já é um sinal de advertência para nós do Movimento Sanitário [...] O nosso papel como comunidade acadêmica do Movimento é estarmos vigilantes para que não se desvirtue a nossa proposta (LOUREIRO, 1987, p. 12).

Da mesma forma os Conselhos Federais de Enfermagem, Farmácia, Medicina e Odontologia, defendiam a Reforma Sanitária, mas também fizeram críticas à CNRS, como se pode verificar na seguinte manifestação do Presidente do CFM:

> Na 8ª CNS tudo foi discutido e esperava-se que a Comissão Nacional da Reforma Sanitária fosse seu braço normatizador.

> O que se viu, no entanto, foi uma coisa atrapalhada desde a sua composição, onde não houve transparência de critérios para a escolha [...]. A verdade é que a CNRS está funcionando no vácuo, sem nenhuma comunicação com a sociedade (OSELKA, 1987, p. 7).

Ainda que a CNRS não tivesse como atribuição uma ação executiva ou normatizadora com vistas à Reforma Sanitária, produziu um segundo documento para subsidiar o capítulo saúde do projeto constitucional (BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1987a). Além do documento intitulado *Proposta para o Componente Saúde da Nova Constituição Brasileira*, foi apresentado outro, denominado *Proposta de Conteúdo para uma Nova Lei do Sistema Nacional de Saúde*, correspondente a um projeto da Lei Orgânica da Saúde. No que se refere ao texto constitucional, foram também registradas as propostas minoritárias nos processos de votação, indicando os seus respectivos autores.

Finalmente, um terceiro documento foi elaborado, reunindo os estudos dos grupos de trabalho que subsidiaram suas proposições e apresentando um tópico intitulado *O que é a Reforma Sanitária* no qual são explicitados "princípios organizativos" (integração institucional, regionalização e hierarquização, distritalização e gestão colegiada) e diretrizes (universalização, eqüidade, integralidade, descentralização e participação) para a reorganização do setor (BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1987b). Esse conjunto de proposições detalhado pela CNRS foi encaminhado à Assembléia Nacional Constituinte que o acolheu na Sub-Comissão de Saúde, Seguridade Social e Ambiente, na Comissão da Ordem Social e na Comissão de Sistematização. Apesar das críticas à CNRS, o balanço final foi positivo, como acentua uma das lideranças do movimento sanitário:

> O trabalho da CNRS foi importante para o avanço e o movimento social continua [...]. Há toda uma convergência de interesses mais amplos e gerais, como associações de bairros, profissionais e partidos políticos buscando um consenso. [...] O relatório final da CNRS explicita alguns pontos que, antes,

> eram apenas diretrizes. [...] No Ministério da Previdência houve um avanço. Já estão ocorrendo integrações entre as Ações Integradas de Saúde e os governos estaduais, com a assinatura de convênios entre as secretarias e as superintendências, concretizando a unificação da política. Hoje há uma busca de pontos estratégicos no Executivo onde as organizações convocam a burocracia a assumir compromissos (TEIXEIRA, 1987b, p. 6).

Esta análise apontava a evolução das AIS para os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), conforme se examinará no próximo tópico. Mas um dos aspectos mais relevantes desse desenvolvimento diz respeito ao apoio conquistado entre os secretários estaduais de saúde para a Reforma Sanitária.

No caso da Bahia, por exemplo, o Secretário Luiz Umberto Pinheiro destacava no Programa de Governo, entre outras medidas: implantação das resoluções da 8ª CNS com relação à Reforma Sanitária; atuação segundo a concepção de que saúde é direito de todos e dever do Estado; criação de Conselhos Comunitários e Conselhos Técnicos; implantação dos distritos sanitários; criação de um Centro de Saúde Ocupacional articulado à rede pública de serviços de saúde (PROPOSTA, 1987b).

Em reunião do Governador Pedro Simon com sanitaristas e profissionais de saúde foi lançado o documento *Reforma Sanitária Já*, conclamando colegas identificados com a causa a subscreverem a “carta-compromisso”. Entre os signatários encontram-se José Alberto Hermógenes (Secretário Geral do MS), José Maria Borges Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), Sérgio Arouca (Fiocruz), José Fogaça (Senador-RS), João Yunes (SES/SP), entre outros.[17]

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)

Enquanto se realizavam os trabalhos da Constituinte, o Inamps divulgou um conjunto de folhetos para sustentar o debate. Na primeira publicação[18], o seu Presidente, Hésio Cordeiro, apresentou um conjunto de *Diretrizes para um Serviço Nacional de Saúde*, reforçando a proposta de distrito sanitário, com as respectivas atribuições, e incluindo um *componente tático-operacional*, que restringia as estruturas e funções das chamadas Superintendências Regionais para o acompanhamento, controle e avaliação. No segundo folheto[19] foram reunidos três documentos: o primeiro sistematiza as idéias expostas pelo Presidente do Inamps na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio-Ambiente e comentários sobre o relatório da Comissão de Ordem Social da Constituinte; o segundo procura recuperar o vínculo *Reforma Sanitária – Democratização da Saúde* como componente do processo de democratização da sociedade; e o terceiro sobre distrito sanitário visando alcançar novos conteúdos para as práticas de saúde.

A ênfase no distrito sanitário resultou no terceiro folheto[20], apresentando o relatório do Grupo de Trabalho *Aperfeiçoamento e Humanização das Ações Assistenciais* onde são detalhados aspectos técnicos relativos à organização da rede, atividades, perfil dos recursos humanos, sistema de informações, vinculação da população a serviços, custeio e gerenciamento. Finalmente, o quarto folheto, de caráter mais oficial[21], trazia a Exposição de Motivos e o decreto presidencial dispondo sobre a criação de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) em 20/7/1987.

Essas iniciativas do Inamps, além de contribuírem com desenvolvimentos técnico-institucionais para a integralidade da atenção, como era o caso dos distritos sanitários, para o controle social e a descentralização dos serviços, configuravam, também, uma *estratégia-ponte* para a construção do SUS e um movimento tático para a implosão programada do Inamps. Assim, o SUDS foi considerado um

avanço no processo de Reforma Sanitário brasileiro, "desencadeando pela base, a reformulação do atual Sistema Nacional de Saúde", como anunciou o Jornal da Reforma Sanitária que apresentando no seu quarto número a manchete *Já começou!*

Mas essa interpretação não era consensual. Ao contrário, constatou-se novamente certa polarização no interior do movimento sanitário quando uma parte acusava o Ministério da Previdência/ Inamps de esvaziar a Reforma Sanitária, reduzindo-a a uma dimensão administrativa identificada como o SUDS (PCB, 1988). A outra parte defendia a pertinência do SUDS como trincheira técnico-institucional para construção da Reforma Sanitária e como estratégia para a implantação do SUS (SARAIVA FELIPE, 1988, PAIM, 1988, CORDEIRO, 1991, PINHEIRO, 1991). Se em 1986 a polêmica no movimento sanitário residia na suposição de que as AIS atrapalhavam a Reforma Sanitária, em 1987 tal suspeita deslocou-se para o SUDS. Os que defendiam essa trincheira de luta *técnico-institucional*, utilizada na organização, implantação e desenvolvimento do SUDS, argumentavam que ela permitiria a definição e experimentação de modelos assistenciais, de organização de serviços e de gestão visando à construção, de forma ascendente e participativa, do novo sistema de saúde (PAIM, 1988). Já os que se opunham, criticavam misturar o SUDS com a Reforma Sanitária porque equivaleria a reduzi-la às reformulações do setor saúde, pois o SUDS dirigia-se apenas à realização de *"objetivos eficientizadores"* do sistema de saúde.

Assim, o antigo "partidão" (PCB) defendia a Reforma Sanitária e relembrando o conceito ampliado de saúde, assimilado pela 8ª. CNS, sublinhava um conjunto de transformações que deveriam ser realizadas na sociedade, a saber: Reforma Agrária; Reforma Urbana; distribuição da renda; rompimento com a dependência externa; controle social dos meios de comunicação; ensino gratuito; controle do ambiente e acesso à assistência à saúde. Reconhecia que o SUDS constituía numa "estratégia no processo de Reforma Sanitária", mas advertia que "esta não se resume naquele" (PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO, 1988).

Já o Presidente da Fiocruz, embora lembrasse que o SUDS não deveria ser confundido com a Reforma Sanitária, reconhecia-o como "um grande avanço". Quanto à possibilidade de favorecer o clientelismo, retrucou:

> O clientelismo existe independentemente do SUDS. Ele só vai acabar com o amadurecimento dos partidos políticos, quando entenderem que não é a distribuição de cargos que leva a uma realização de um partido, mas sim a efetivação competente de um projeto (AROUCA, 1987d, p. 7).

Evidentemente que a Reforma Sanitária não se resumia ao SUDS, mas este trazia embutida a negação do sistema então vigente, carregando o embrião do novo sistema proposto pela RSB. Fazia parte, portanto, de uma longa luta organicamente vinculada à democratização da sociedade, do Estado e das instituições. As AIS e os SUDS, mesmo com suas reconhecidas limitações enquanto *estratégias-ponte* para o Sistema Único de Saúde, representaram iniciativas relevantes de inflexão nas políticas privatizantes do autoritarismo. Políticos aliados ao movimento sanitário reconheciam o movimento social pela democratização da saúde como um dos mais conseqüentes e coerentes que a sociedade brasileira já viu (SCALCO, 1988). Assim, a Reforma Sanitária não se definia como programa de governo ou como política social do Estado. Constituía um projeto político-cultural, nascido da sociedade civil, no interior dos movimentos sociais pela democratização da saúde, cujo corpo doutrinário sedimentou-se na 8ª CNS (PAIM, 1988).

Um dos grandes desafios colocados para a sociedade e para os que trabalhavam no setor naquele período era construir um novo sistema de saúde, assegurando a participação de todos os interessados e comprometidos com a melhoria dos serviços de saúde para toda a população, como se pode verificar no pronunciamento do Superintendente da Confederação das Misericórdias no Brasil: "toda a capacidade instalada das Santas Casas de Misericórdia no Brasil vai estar em disponibilidade para a Reforma Sanitária" (JUSTO, 1987, p. 8).

Assim, admitia-se que o SUDS poderia acionar mudanças imediatas nos serviços de saúde, coerentes com os princípios da democratização da saúde, assegurando melhoras progressivas na assistência aos cidadãos e nas condições de trabalho e de remuneração dos que prestavam serviços de saúde. O referencial teórico que sustentava essa estratégia indicava que para avançar a Reforma Sanitária exigiria a utilização permanente das instituições para garantir os espaços conquistados e fortalecer a "guerra de posição" na construção da hegemonia dos setores democráticos e populares (PAIM, 1988). Esta posição orientava um desenho estratégico no qual a Reforma Sanitária poderia ser implantada a partir de três trincheiras de luta (técnico-institucional, sociocomunitária, e legislativo-parlamentar), todas essenciais, relevantes, sinérgicas e igualmente complementares, cuja matriz doutrinária situava-se no Relatório Final da VIII CNS e cujo arcabouço formal encontrava-se nos documentos produzidos pela CNRS.

A *técnico-institucional* correspondia a implementação do SUDS, exercitando o planejamento, unificando estruturas administrativas, instalando canais de participação social (conselhos de saúde) e, em alguns estados, implantando distritos sanitários. A *sociocomunitária* possibilitava a construção de um arco de alianças com setores organizados da sociedade civil para superar os obstáculos estabelecidos pelas forças contrárias às mudanças no setor saúde, antes, durante e depois dos trabalhos da constituinte. Este esforço se manifestou através das entidades da Plenária da Saúde (com destaque especial para a Abrasco), da emenda popular (EM NOME...,1987) e da mobilização de setores diversos engajados na luta político-ideológica da democratização da saúde. Esta trincheira era também ocupada pelos que, na prática institucional, contribuíam para o alargamento dos canais de participação popular no controle democrático dos aparelhos de Estado, instaurando mecanismos permanentes de exercício democrático no planejamento, fiscalização, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde. Finalmente, a *legislativo-parlamentar* teve como campo de ação a Assembléia Nacional Constituinte e o

Congresso Nacional, numa primeira etapa, e as constituintes estaduais e assembléias legislativas, em seguida (PAIM, 1988, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1989).

O processo constituinte

Como a 8ª CNS não chegou a propor um texto para a Constituição, apesar de o Presidente Sarney na sua abertura sugerir que ela deveria configurar-se como uma "pré-constituinte da saúde", o tema foi debatido no *I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, em setembro de 1986, sendo aprovada uma proposta como subsídio à Constituinte, inspirada nas conclusões da oitava. Do mesmo modo, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária criada no período, contando com representantes do setor privado, também apresentou um texto para a saúde na Constituição.

Este conjunto de iniciativas contou com ampla divulgação através do *Jornal da Reforma Sanitária* que, no seu primeiro número, Sérgio Arouca anunciava 1987 como "o ano da Reforma Sanitária no Brasil". O jornal apresentava o *projeto* como "consenso nacional", incluindo manifestações do Presidente Sarney, dos seus Ministros da Saúde (Roberto Santos), da Previdência e Assistência Social (Raphael de Almeida Magalhães) e da Educação (Jorge Bornhausen). Acrescentava as opiniões do Secretário Geral do Ministério da Saúde e Presidente da CNRS (José Alberto Hermógenes de Souza) e do Assessor da Presidência da República para Assuntos de Saúde (Eleutério Rodriguez Neto). Nessa oportunidade, o Assessor da Presidência citava três níveis de luta para a implementação da RSB. O primeiro consistia na conquista de uma nova Constituição; o segundo correspondia à reformulação da Lei 6229/75; e o terceiro, mais permanente, implicava a ampliação da atuação setorial, colocando a saúde como objeto do desenvolvimento. E o Jornal da Reforma Sanitária ia mais além:

> A mudança a ser alcançada nesta fase posterior à Reforma só será conseguida com a mudança da própria natureza do Estado, para um Estado que de fato seja democrático, voltado para as necessidade de todos, que não pode ter outro objetivo que não seja uma vida de melhor qualidade para toda a população (PROPOSTA, 1987a, p. 6).

Ao remeter parte dessas mudanças para uma fase posterior talvez estivesse indicando uma compreensão da democratização da saúde vinculada à redefinição do papel do Estado, daí o seu caráter permanente. Mas, ao mesmo tempo, sugeria um entendimento da RSB restrita a uma reforma setorial, ou seja, inclusão de seus princípios na Constituição e revogação da "famigerada Lei 6229". Posteriormente, esse ator/autor chegava a seguinte conclusão:

> Mesmo tendo consciência da limitação do instrumento legal, em termos de sua suficiência para as mudanças necessárias, o movimento deu, acertadamente, um maior peso a esse tipo de atividade, ainda que hoje, aprovadas a Constituição e várias leis, possa-se confirmar aquela relatividade (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 69).

Durante a constituinte, as propostas do movimento sanitário foram discutidas através das seguintes instâncias: Sub-Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, Comissão da Ordem Social e Comissão de Sistematização. Aquela subcomissão ouviu a CNRS, Conass, Secretários Municipais de Saúde, CUT, CGT, Contag, Abrasco, CFM, Conselho Federal de Farmácia, Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), Presidente do Inamps, Ministro da Saúde, entre outros. Várias entidades e partidos também encaminharam projetos de texto constitucional tais como: Abrasco, SBPC, CFM, Associação Paulista de Medicina (APM), PCB, PT, CUT, CNI, Comissão Afonso Arinos, Câmara Municipal de São Paulo e o líder do governo na Câmara, Deputado Carlos Santana.

Foi realizado, também, nessa época o IV Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, defendendo a "municipalização já",

através de *A Carta de Londrina*, e elegendo uma Comissão Provisória com vistas à criação da “Confederação Nacional dos Secretários Municipais de Saúde”. Nessa conjuntura aparecem alguns sinais de retrocesso, como a demissão de dirigentes da antiga Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (PROPOSTA, 2, abr. 1987b).

Ao finalizar o trabalho da primeira instância um dos militantes do movimento sanitário, convidado para a solenidade de entrega do ante-projeto para a saúde, destacou seu caráter suprapartidário, mas de oposição ao regime militar e de intenção claramente política, citando o manifesto da Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte. Trata-se de uma iniciativa cujo embrião surgiu em São Paulo – uma Plenária Estadual, comemorando o aniversário da 8ª CNS, conforme explica uma das lideranças do movimento sanitário:

> As entidades sentiram que está ocorrendo um retardamento da implementação da política determinada na 8a. Conferência e criaram a Plenária para cobrar dos constituintes um real compromisso com a área social [...] Hoje o movimento tem como princípio a noção de que a Reforma Sanitária é um projeto mais amplo que as medidas de reforma governamental para a área social (TEIXEIRA, 1987b).

A Plenária Nacional reuniu-se em Brasília (13/5/87), envolvendo 44 entidades nacionais e estaduais (TEIXEIRA, 1987b) destacando-se as seguintes: CUT, CGT, PCB, PC do B, PT, PSB, Andes, Abrasco, Federações Nacionais dos Médicos, Farmacêuticos, Psicólogos, Aben, Movimento Popular de Saúde de São Paulo, entre outras.

Comunicando que as entidades e movimentos populares que a integram estariam, permanentemente, acompanhando os trabalhos de elaboração da nova Constituição, o representante do movimento sanitário reconheceu o caráter altamente democrático do processo conduzido pela Sub-Comissão de Saúde, Seguridade e Meio-Ambiente e declarou que o anteprojeto contemplava as questões essenciais para a Reforma Sanitária, com as seguintes lembranças:

> [...] é expectativa dos segmentos majoritários da população que, na nova Constituição, a saúde passe a ser objetivo de governo

> e não apenas um programa setorial; que essa prioridade seja transformada em meios para o seu alcance e que a democracia seja condição para o seu gozo. Saúde é democracia. Democracia é saúde! [...] Que a saúde ocupacional e a vigilância sanitária sejam ações próprias e prioritárias do sistema único de saúde, voltadas para a defesa dos direitos dos trabalhadores e em defesa do consumidor" (RODRIGUEZ NETO, 1987a).

Mais uma vez, o movimento sanitário na voz desse professor do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB, explicitava para o Parlamento e para a sociedade a concepção ampliada de saúde inscrita na RSB. Teve de se enfrentar com "o lobby dos donos de bancos de sangue da Baixada Fluminense que, liderados pelo deputado Roberto Jefferson [...] eram a favor da manutenção da comercialização do sangue" (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 74). Indicava pontes entre a Reforma Sanitária e a Reforma Agrária, além de postular uma ordem econômica mais justa e democrática. E a reiteração da consigna *saúde é democracia, democracia é saúde*, além de apontar para a rejeição do autoritarismo e registrar a identidade do movimento com a democratização da saúde, talvez sugerisse que o caminho dessa reforma social seria pela via democrática, progressiva, sem rupturas, quiçá uma *revolução passiva*.

Na Comissão da Ordem Social um ponto polêmico foi a concepção de Seguridade Social adotada, entendida por segmentos do movimento sanitário como possível ameaça ao comando único e autônomo do SUS, particularmente no que se refere aos recursos financeiros, como explica uma das formuladoras:

> A área da saúde era contra a idéia de ser parte da seguridade social, pelo medo da saúde ser englobada na previdência e perder a identidade [...]. Eu tinha uma polêmica enorme com meu amigo querido de alma, quase meu irmão, Eleutério Rodriguez Neto, nesse tema. [...] Depois o próprio Eleutério fez vários artigos reconhecendo a importância da seguridade social [...] Dentro da relatoria, eu discuti muito com o Almir Gabriel porque eu introduzi a assistência social, que não existia, na seguridade social e ele dizia que não se podia fazer isso, já que 'a assistência social não dava nem para definir'. Mas eu acabei convencendo-o (FLEURY *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 90-91).

Outros militantes da Reforma Sanitária compreenderam o alcance dessa proposta e apoiaram o relatório da Comissão da Ordem Social elaborado pelo constituinte Almir Gabriel. Foi o caso do Presidente da Fiocruz, considerando que "o conceito de seguridade é um avanço muito grande em relação ao conceito de previdência" (AROUCA, 1987c, p. 3). Finalmente, no momento da Comissão de Sistematização foi apresentada a proposta da Plenária da Saúde sob a forma de "emenda popular" sendo defendida por Sérgio Arouca na Assembléia Constituinte:

> Queremos um sistema de saúde único, coordenando a nível federal todas as instituições atualmente absolutamente descoordenadas: saúde do índio na FUNAI e do trabalhador no Ministério do Trabalho, hospitais universitários no Ministério da Educação, saneamento básico no Ministério do Interior e hospitais nas forças armadas [...]. A doença e a saúde não ensinaram ainda a regra do mercado. É indigno que no Brasil isso ainda esteja acontecendo (AROUCA, 1987e, p. 8).

Este documento obteve 54.133 assinaturas com o apoio de 167 entidades da sociedade civil. A outra emenda "popular" apresentada pela FBH, Abramge, Federação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e outros representantes do capital em saúde teve cerca de setenta mil assinaturas, talvez dos próprios funcionários da área hospitalar privada. Assim, ficou constatada a fragilidade da trincheira sócio-comunitária da construção na Reforma Sanitária pois, apesar de contar com o respaldo da Abrasco, Cebes, UNE, PT, PCB, PSB, PC do B, CFM, Federação Nacional dos Médicos, CUT, CGT, Conam, entidades de moradores, sindicais, profissionais, entre outros, a emenda popular de saúde assegurou menos assinaturas que a da Reforma Agrária, contando com 3 milhões e a do Ensino Público, com mais de 1 milhão (RODRIGUEZ NETO, 1997).

Este fato pode ser um dos primeiros sinais da estreita base de sustentação política e social da RSB, apesar da eficácia política obtida pela Plenária Nacional de Saúde junto ao movimento popular e a Constituinte:

> Então, qual a virtude desse movimento? É desenvolver uma intervenção mais qualitativa, com propostas, com capacidade de dialogar, com capacidade de fazer sugestões concretas, que o Congresso Nacional pudesse analisar. Essa foi a força desse movimento, com intervenção, com a pressão, vamos dizer assim de mais qualidade, de mais capacidade de propor. Por esse aspecto podemos dizer que é uma trajetória altamente vitoriosa (JORGE *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 95).

Apesar de influenciar milhares de trabalhadores de saúde, dispor de capacidade de iniciativa política, articular com partidos, entidades e parlamento, além de ocupar postos de relevância no executivo, o movimento sanitário teve dificuldade em capilarizar-se na sociedade brasileira. Assumiu uma atitude publicista no sentido de ganhar a opinião pública na luta ideológica, mesmo que tivesse de chegar à mídia. Ainda assim, no entendimento de seus sujeitos coletivos o saldo era positivo:

> [...] A Abrasco muito contribuiu no grande projeto democrático da Reforma Sanitária e foi capaz, juntamente com outras entidades, de transformar o conhecimento técnico em propostas políticas (EDITORIAL, 1987b).

Entretanto, as conquistas obtidas na Constituinte nas três instâncias de debates e de votação – Sub-Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, Comissão da Ordem Social e Comissão de Sistematização – ficaram ameaçadas na "hora do voto": o projeto elaborado pela Comissão de Sistematização passou a ser questionado pelo grupo de constituintes denominado de "centrão" (CARDOSO, 2006), propondo a substituição de nove capítulos, justamente os que se referiam às principais inovações, tais como:

> Ao Sistema de governo (com a implantação do parlamentarismo), ao tempo de duração do mandato do atual Presidente da República (quatro anos), ao conceito de empresa nacional; à organização e ao direito de greve; à estabilidade do emprego (assegurada salvo falta grave, contratos a termo, justa causa e fator econômico intransponível), à distribuição dos derivados do petróleo (que deve ser nacionalizada), à

> reforma agrária no que diz respeito à sua função social, com a emissão de posse remetida para a legislação ordinária; à reforma tributária, com ganhos para as regiões mais pobres e o fim dos privilégios de juízes, militares e políticos em relação ao Imposto de Renda; à aposentadoria, que passa a ter valor igual ao último salário e à saúde, com a adoção do sistema único (CONSTITUINTE, 1988, p. 8).

Era muita mudança para uma sociedade que, historicamente, sempre soube conservar-se, ainda que parecesse mudando. Foi assim na Independência, na Proclamação da República ou na "Revolução de 30", como visto anteriormente. Mas, o movimento sanitário soube ousar, formulando um *projeto* de reforma inovador, à esquerda:

> A saúde inovou porque nós tínhamos um projeto [...] e a direita e o centro não o tinham. [...] nós tínhamos um projeto que foi negociado, melhorado, reformulado, perdemos algumas coisas, mas o cerne estava pronto há muito tempo. (FLEURY *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 98).

Todavia, a ameaça maior para as classes dominantes naquela conjuntura dizia respeito à duração do mandato presidencial. O "centrão" encontrou um aliado fundamental no Palácio do Planalto que quase inviabilizava a nova Constituição. Assim, o Presidente Sarney bradou para a nação que a nova Carta tornaria o país ingovernável. Mesmo com a tentativa de o "centrão" e seus aliados ameaçarem a conclusão dos trabalhos da Constituinte, o Deputado Ulysses Guimarães, reagiu respondendo: *o que torna um país ingovernável é a fome, a miséria, a doença desassistida; o povo nos mandou aqui para fazer a Constituição, não para ter medo!*[22] A Plenária da Saúde voltou a se reunir denunciando o retrocesso do projeto do "centrão" e buscando uma ofensiva política mediante a mobilização da sociedade civil, articulação com governadores e contatos com parlamentares.

Enquanto isso, novos problemas apareceram: demissões de dirigentes da vigilância sanitária do Ministério da Saúde; perseguição aos sanitaristas que questionavam os rumos da política estadual de saúde em São Paulo; e demissão do Professor Hésio Cordeiro da

presidência do Inamps em março de 1988, depois de dar "início a uma profunda reforma na linha da descentralização e de repasse de poder". (TEMPORÃO *apud* FALEIROS *et a*l., 2006, p. 83). Como parte desse retrocesso o cargo da presidência do Inamps foi ocupado por um médico amigo do Presidente da República, enquanto os novos Escritórios Regionais passaram a ser dirigidos por empresários da saúde e a sua burocracia boicotava o SUDS, mediante normas administrativas voltadas para o engessamento da sua gestão. Mesmo assim, o Prof. Hésio Cordeiro saía do Inamps afirmando que "Reforma Sanitária é irreversível".[23]

Diante desses impasses no âmbito federal, o Jornal da Reforma Sanitária passou a publicar um conjunto de reportagens sobre "a reforma nos estados", tais como Alagoas (fevereiro), Bahia (março), Rio Grande do Sul (abril), Mato Grosso (maio), São Paulo (junho), Espírito Santo (novembro), e Pernambuco (dezembro). E os que se opunham ao SUDS ganharam mais espaço político:

> As resistências ocorreram na medida em que o processo significava um avanço na qualidade da rede pública. A gratuidade machucou a corporação devido aos serviços se tornarem mais eficientes. Especialmente na corporação médica que se sente prejudicada com isso. O nível de internação está se reduzindo, o atendimento nos consultórios privados também. Essa questão não aparece nos discursos. É uma luta surda que encobre a questão principal (FERRARI, 1988, p. 3).

Os médicos que desde o Movimento de Renovação Médica (REME) vinham defendendo transformações no sistema de saúde no país, com a liderança do CFM e da Federação Nacional dos Médicos, além da AMB que chegou a apoiar as diretrizes de universalização, hierarquização, regionalização e descentralização administrativa estabelecidas pelo SUDS (SUDS: AMB apóia..., 1988, p.3), recuavam nas suas posições. A opção conservadora adotada pelo governo e pela Constituinte passava a ser assumida, também, por outros segmentos da sociedade civil. Enquanto esta vacilava, um novo sujeito coletivo ganhou força.

> Não são resistências generalizadas. Partem de setores nitidamente à direita e de segmentos que há muito tempo estavam acostumados a sequer cumprir sua carga horária. Há erros no movimento médico e na cúpula da Secretaria de Saúde. Deve haver mais paciência e persistência de ambos os lados (VASCONCELOS, 1988, p. 5).

Durante o VI Encontro Municipal do Setor Saúde e V Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde foi efetivado o *Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde* (Conasems), com aprovação do seu estatuto e eleição da primeira diretoria, lançando a Carta de Olinda num "momento histórico para o movimento municipalista em saúde no País" (A CARTA de Olinda, 1988). Os grupos propuseram uma ampla aliança política de trabalhadores da saúde e outros segmentos da sociedade, unificando posições em defesa da Reforma Sanitária e pressionando para que nas eleições seguintes candidatos a prefeito e a vereador assumissem compromissos com o seu avanço.

Nesse mesmo ano ocorreram vários debates sobre a Reforma Sanitária e a Saúde Coletiva, durante a 40ª Reunião Anual a SBPC, em São Paulo, destacando-se a contribuição de Giovanni Berlinguer ao abordar o tema "Política e Saúde":

> A prevenção não tem estado no centro das atividades sanitárias de nenhum governo. Em vez de envolver o Estado na política de saúde, ela é que tem sido envolvida na corrupção e no populismo do Estado [...] Deve haver uma reforma cultural e moral para afirmar o valor da vida e da saúde [...]. Não quero criticar os amigos, mas a implantação do SUDS e toda a luta necessária na Constituinte podem ter levado à uma preocupação muito institucional, com risco de subestimar os problemas reais de saúde (BERLINGUER, 1988a, p .4).

O alerta do senador italiano fazia sentido: a saúde tornava-se refém das "manobras da política". Constatava-se um "dilema reformista", pois apesar de a Reforma Sanitária ter como objetivos a saúde da população, a mudança das práticas de saúde e a modificação do sistema de saúde, terminou fixando-se neste último, esquecendo-

se dos demais. Daí a convocação para o reforço da luta ideológica no sentido de não perder os objetivos da Reforma (FLEURY, 1988b).

Depois de uma pregação (ou peregrinação) do Presidente da Constituinte por todo o país e de várias sessões os trabalhos foram concluídos. Com a realização do segundo turno no processo constituinte foi promulgada a nova Constituição da República Federativa do Brasil. *Vitória*, foi a manchete do Jornal da Reforma Sanitária naquele histórico mês de outubro de 1988, apesar da derrota da proposta da Reforma Agrária, anunciada neste mesmo número. No que diz respeito à saúde, o texto aprovado aproximava-se bastante das proposições do movimento sanitário. Não obstante a absorção da concepção de seguridade social e de conquistas setoriais, novo alerta era feito:

> A Reforma Sanitária escrita na Constituinte não representará nada se não produzir um impacto concreto sobre a saúde do cidadão. Ela tem que ganhar o espaço da comunidade, do lar, da fábrica, das escolas e ali efetivamente produzir transformações que contribuam para o bem estar da população e para a construção de uma sociedade democrática, justa e independente (AROUCA, 1988a, p. 8).

O movimento sanitário, enquanto movimento civil, conseguiu grandes vitórias na constituinte, apesar das limitadas bases políticas e sociais. Além do Cebes, a Abrasco teve uma atuação importante nessa conjuntura, com a diretoria presidida por Guilherme Rodrigues da Silva (1987-1989). A defesa da Reforma Sanitária encontra-se registrada em vários editoriais do Boletim da entidade e outras publicações divulgadas nesse período (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 1989). Juntando desejo, afeto, "otimismo da vontade", capacidade de formulação e habilidade de negociação ampliou os horizontes do possível, superando em parte obstáculos estruturais e conjunturais. A proximidade e a militância naquele processo permitiu que um dos seus atores explicitasse a seguinte "idéia hipotética":

> O *movimento pela democratização da Saúde* obedeceu a um certo grau de autonomia em relação aos outros campos

> de prática, econômicos ou sociais; grau de autonomia este representado por um avanço temporal das suas teses, em comparação com o próprio processo de democratização e com a consistência dos projetos de outras áreas. Isto é, passou a ser voz corrente que o *movimento* da Saúde foi o mais organizado e consistente, levando a conquistas aparentemente mais avançadas que o conjunto das formulações econômicas poderia antecipar, e o nível de organização popular pudesse garantir (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 21).

Todavia, mesmo com novas conquistas nos anos seguintes, a exemplo da Lei Orgânica da Saúde, suas bases políticas e sociais não se ampliaram, significativamente. Ainda assim, diversas instituições acadêmicas continuaram investindo no projeto da RSB. Enquanto a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) desenvolvia o Programa de Apoio à Reforma Sanitária (PARES/ENSP), grupos vinculados à área de Saúde Coletiva da UFBA, UNICAMP e USP formulavam e experimentavam diferentes propostas de modelos de atenção (MERHY *et al.*, 1991, CAMPOS, 1992, PAIM, 1993b, TEIXEIRA; MELO, 1995, SCHRAIBER *et al.*, 1996b). Mas o espaço sócio-comunitário não foi ganho, como pretendiam as suas lideranças, restando alguma autocrítica diante da prioridade concedida à trincheira legislativo-parlamentar:

> Com a promulgação da Constituição e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o movimento sanitário parece ter considerado que 'ganhou a guerra', em relação à implantação do SUS, esquecendo-se que tinha sido apenas uma batalha (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 89).

Daí a pertinência de indagar até que ponto o avanço poderia constituir um paradoxo, "e a que se pode atribuir esse aparente sucesso do movimento?" (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 21) se esse autor admitia "o afastamento do SUS em relação à doutrina da Reforma Sanitária" (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 22). Essas contradições entre o *projeto* e o *processo* da RSB serão objeto de análise nos próximos capítulos.

Notas

[1] Ver: BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Sistema nacional de saúde: contribuição para a discussão do tema [riscado] "Sistema Nacional de Saúde" [riscado]. Brasília, 1975. 60 páginas. Contém anexos.

[2] Quadra, A.A.F.; Cordeiro, H de A. Sistema nacional de saúde: antecedentes, tendências e barreiras. (Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, apresentado a VI Conferência Panamericana de Educação Médica e ao XIV Congresso Brasileiro de Educação Médica. Rio de Janeiro, novembro de 1976), 16 p.

[3] Expressão utilizada por Sarah Escorel em depoimento registrado por Faleiros *et al*.(2006, p. 64).

[4] Tenho a lembrança de uma conversa com Arouca em Salvador na qual me informava que Eleutério Rodriguez Neto, cebiano histórico, lhe consultara sobre a conveniência de procurar Dr. Aloísio Salles para apresentar algumas propostas inovadoras. Arouca encorajou Eleutério para tal iniciativa, na realidade uma semente do Plano do CONASP.
Nesses encontros dos cebianos com dirigentes do governo autoritário havia espaço até para anedotas. Durante o Congresso da Abrasco, realizado em julho de 2007 (IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, X Congresso da Associação Latino Americana de Medicina Social e XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde), Sônia Fleury relatou em uma das mesas do evento que depois de discutir até a madrugada a pertinência de um desses encontros Arouca sonhou com o diabo e, no dia seguinte, desistiu de comparecer na reunião agendada...

[5] Botetim da Abrasco, 1982.

[6] Ver a Proposta política para um programa de saúde: relatório final e proposições aprovadas pelo V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, nos dias 28 e 29 de novembro de 1984. O Presidente da Comissão de Saúde considerava a saúde como "direito de todo o cidadão" e propunha "recuperar a federação no setor saúde" e a participação de trabalhadores, empresários e produtores de serviços "na definição e gestão as políticas de saúde". (BRASIL. Câmara dos Deputados. 1984). Essas proposições serão retomadas em 1986 pela 8ª CNS.

[7] Ver o documento elaborado pela regional do sudeste do Conass, em Belo Horizonte, em 18 de julho de 1984 sobre a questão da saúde no Brasil e diretrizes de um programa para um governo democrático. Ver também o documento elaborado pelo Escritório Técnico do Presidente Tancredo Neves (GT-Parlamentar Saúde do PMDB; Programa de Ação do Governo. Setor saúde).

[8] Não utilizava, portanto, a expressão controle social cuja ressignificação posterior adquiriu uma conotação distinta daquela adotada pelas correntes funcionalistas da sociologia norte-americana.

[9] Apesar desta referência nesse texto básico, a reabilitação da saúde não constou do relatório final, nem no capítulo Saúde da Constituição Federal. Algumas constituições estaduais a incluíram, a exemplo da Constituição do Estado da Bahia.

[10] Esta proposição, pouco considerada ou adormecida no processo da RSB, só vai encontrar alguma ressonância nas discussões sobre modelos de atenção e, mais recentemente, na formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde e na criação da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006a; BRASIL. Ministério da Saúde, 2006c).

[11] Ver p. 5 do texto Saúde e cidadania: proposta de reorganização do sistema de cuidados à saúde. Rio de Janeiro: INAMPS, 1986. passar para referência

[12] Ver: Estratégia de mudanças na saúde e na assistência médica: bases para a Reforma Sanitária Brasileira (À consideração dos Exmos. Srs. Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social). [S.l: S.d.], 26p. 1986.

[13] Cordeiro, H. A Reforma Sanitária - Bases estratégicas e operacionais para a descentralização e unificação do sistema de saúde. [S.l.: S.d.], 17p.

[14] Ver: SOUZA, A.F.G. de [Apresentação]. In: BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Documentos I. Rio de Janeiro, [1987]. 48p.

[15] Ver p. 4 do seguinte texto: Bases para o Aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde com Estratégia para a Reforma Sanitária Brasileira. Documento elaborado por técnicos do Ministério da Saúde e do INAMPS e encaminhado aos Ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social e à CIPLAN. Brasília, jul.-ago. 1986. In: BRASIL. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Documentos I. Rio de Janeiro, [S.d.], p.39-48. 1987.

[16] Ver Documento I, da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, citado na nota 12.1987.

[17] Ver notícia na revista Saúde em Debate, n. 19, p. 111, 1987.

[18] Diretrizes divulgadas sob o título a Reforma sanitária: bases estratégicas e operacionais para a descentralização e unificação do sistema de saúde, em 1987.

[19] A Reforma Sanitária II. Propostas do Presidente do INAMPS. [S.l.], jul. 1987. 26p. Rio de Janeiro.

[20] Distrito Sanitário. Contribuição para um novo tipo de atendimento dos serviços de saúde. [S.l.: S.d.], 38p. 1986. Rio de Janeiro.

[21] INAMPS. SUDS: Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados. Decreto Nº 94.657 - 20 de julho de 1987. [S.l.: S.d], 12p. Rio de Janeiro.

[22] Registrado no vídeo Rumo ao SUS, produzido pela UnB/OPAS, em 1988.

[23] Afirmação divulgada no Jornal da Reforma Sanitária, n. 7, p. 8, mar. 1988.

A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual

> Sugerir alternativas por meio do resgate de valores que foram negativados ao longo das opções históricas que elegeram a forma atual determinante da construção da vida social, trabalhando no sentido da abertura à instauração de novos sistemas de valores (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996a, p. 33).

Depois de examinada a conjuntura da transição democrática, na qual foram desenvolvidos a *idéia*, a *proposta* e o *projeto* da RSB, e antes de apresentar o desenvolvimento do seu *processo* na conjuntura pós-constituinte, convém sistematizar algumas concepções sobre Reforma Sanitária, com base na pesquisa documental, no esforço de defini-la.

A recuperação dos direitos políticos para os cidadãos brasileiros, anunciada pela Nova República, e a promessa de ampliação dos direitos sociais como resgate da chamada "dívida social" acumulada durante a ditadura, apontavam para a construção de um *Estado ampliado* no qual um maior leque de interesses de classes, frações de classes, segmentos sociais e *grupos de interesse* se fizessem presentes no interior do Estado

e na ação estatal. A busca de legitimação e consenso desse Estado democrático de direito, ainda que não fosse um Estado de Bem-estar Social, poderia torná-lo permeável a um projeto político do escopo da RSB. No entanto, a construção da viabilidade desse projeto era um grande desafio para o movimento sanitário:

> O *movimento* mostrou também suas divergências, pautadas essencialmente nos programas e estratégias dos dois blocos partidários de esquerda de sua composição: de um lado, o PT e o PDT defendendo a 'estatização já', de outro, o PCB, PC do B, e setores progressistas dos demais partidos propondo uma convergência para a estatização através de uma estratégia de reforço progressivo do setor público (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 49).

Assim, a *idéia* e a *proposta* da Reforma Sanitária, esboçadas nas lutas contra o autoritarismo desde a criação do Cebes, expressaram-se em um complexo *projeto*, cuja implantação iniciou-se após a 8ª CNS e adquiriu formalização a partir da Constituição de 1988, como se registra a seguir:

> Originalmente uma idéia e um ideário de um grupo de intelectuais, a proposta se desenvolveu na transição democrática, congregando entidades representativas dos gestores, profissionais de saúde e movimentos sociais que, articulados na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, conseguiu influenciar o processo constituinte e plasmar a Constituição Brasileira de 1988 (CF/88) o texto aprovado na 8a. Conferência Nacional de Saúde que garante que 'Saúde é um Direito de Todos e um Dever do Estado'. Em outras palavras, a saúde passou a fazer parte dos direitos sociais da cidadania.[1]

Este *projeto*, traduzindo o corpo doutrinário da RSB e um conjunto de proposições políticas, está configurado no Relatório Final da 8ª CNS, conforme o trecho a seguir:

> As modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação

> institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionando chamar de Reforma Sanitária (CONFERÊNCIA..., 1987, p. 381).

Esta reformulação profunda do setor, que ia além de uma reforma administrativa e financeira, apresentava componentes políticos, jurídicos, organizacionais e comportamentais. Assim, a Reforma Sanitária Brasileira tomava do relatório da 8ª CNS um conjunto de questões consideradas "definidoras dos novos rumos da política nacional de saúde, devendo estar asseguradas constitucionalmente" (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 70), a saber: conceito de saúde, referido não apenas à assistência médica mas relacionado com todos os seus determinantes e condicionantes (trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros); direito universal e igualitário à saúde; dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde; natureza pública das ações e serviços de saúde; organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde gratuito, descentralizado para Estados e Municípios, sob controle social; subordinação do setor privado às normas do SUS, quando necessário, contratado sob as normas do direito público; diretriz de estatização progressiva; desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias; estabelecimento de pisos de gastos. Desse modo, o primeiro número do *Jornal da Reforma Sanitária* tentava definir "o que é a Reforma Sanitária". Ainda que a democratização da saúde não fosse conceituada naquela oportunidade, o texto sublinhava a natureza política do processo e explicitava pressupostos para a Reforma:

> A Reforma Sanitária deve ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, num movimento de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde [tendo como pressupostos]: a) visão da saúde como um processo resultante das condições de vida; b) atenção à saúde não restrita a

> assistência médica, envolvendo 'todas as ações de promoção, proteção e recuperação'; c) inscrição constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, de modo que as ações e serviços de saúde estariam 'subordinados ao interesse público'; d) acesso universal e igualitário de toda a população a todas as ações e serviços necessários, sem discriminações; constituição do SUS com comando único em cada esfera de governo; e) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; f) distritalização; g) gestão colegiada (PROPOSTA, 1987a, p. 3-5).

A democratização da saúde, na realidade, exigiria algo mais que a formulação de uma Política Nacional de Saúde ou a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Significava a revisão crítica de concepções, paradigmas e técnicas, mas também mudanças no relacionamento do Estado e de seus aparelhos com a sociedade e dos funcionários com os cidadãos, podendo ser percebida de duas maneiras: como uma bandeira, corporificada no "Partido Sanitário", e como processo político, que não se esgotava na unificação do sistema (TEMPORÃO, 1987). Essa ênfase num processo político era também compartilhada pela concepção de Reforma Sanitária explicitada no terceiro documento divulgado pela CNRS:

> Embora em seu sentido mais abrangente, a Reforma Sanitária deva ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, seria um grave erro político ignorar a importância da definição de um novo arcabouço institucional para o Sistema Nacional de Saúde [...]. Uma Reforma digna deste nome não se concretiza como um processo suave ou indolor. Ela remove privilégios e distorções incrustadas na cultura e na estrutura de poder de uma sociedade, reafirmando a cidadania. Os interesses eleitoreiros e clientelistas que ainda hoje permeiam a oferta de serviços de saúde em nosso país tornam esta área uma trama de privilégios e abusos.[2]

Ao se conceber a Reforma Sanitária como um "longo processo", vinculado à democratização da saúde, apontava-se para a sua natureza política, conseqüentemente a sua subordinação às conquistas da sociedade no que se refere à democracia e à saúde. Ao se reconhecer,

por outro lado, os obstáculos vinculados à cultura e à estrutura de poder da sociedade brasileira, que se manifestavam mediante "interesses eleitoreiros e clientelistas", sugeria-se que a ruptura ou superação teria um preço a pagar: não seria suave, nem indolor.

Se tal concepção da CNRS distanciava-se de certos elementos conceituais e teóricos dos textos apresentados na 8ª CNS, ou das paixões reveladas nos embates das votações em plenário (estatização, já ou estatização progressiva), tinha o mérito de assinalar o peso e o tamanho de "uma Reforma digna deste nome". Ou seja, uma *reforma geral* para uns e uma *revolução no modo de vida* para outros, de acordo com os tipos de práxis sistematizados no quadro teórico de referência desta investigação. Sérgio Arouca, mais uma vez, intervém nessa discussão, após a 8ª CNS, elaborando a primeira sistematização sobre o que era a *proposta* ou o *projeto* da Reforma Sanitária, com base em quatro dimensões:

> A Reforma Sanitária Brasileira deve ser entendida como um processo de transformação da atual situação sanitária. Compõe uma situação sanitária pelo menos quatro dimensões:
> 1a.) A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como o coeficiente da mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc. 2a.) A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor Saúde. 3a.) A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária.
> 4a.) A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença (AROUCA, 1988c, p. 2).

Este entendimento a respeito do que seria a Reforma Sanitária levou, também, o autor a discutir cinco questões: a estrutura do SUS;

o controle social; a produção (industrial); a modernidade; ciência e tecnologia. Conseqüentemente, a Reforma Sanitária deveria ser compreendida em dois sentidos:

> O primeiro, enquanto objeto específico, ou seja, no campo das instituições, do aparelho de Estado e do setor privado, da produção de mercadorias e equipamentos na área de saúde, na formação de recursos humanos para a área. O segundo sentido, assumindo-se o conceito ampliado de saúde, como equivalente a nível de vida e portanto relacionado às condições de educação, habitação, saneamento, salário, transporte, terra, lazer, meio ambiente, liberdade e paz, a Reforma Sanitária se apresenta como parte integrante de um conjunto amplo de mudanças da sociedade. Assim, a Reforma Sanitária é simultaneamente bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças [...] Modernidade aqui não é utilizada como uma simples modernização reflexa baseada em modelos de desenvolvimento de países mais avançados, nem uma pura e simples introdução de algum novo artefato tecnológico. A questão da modernidade dentro da proposta de Reforma Sanitária, como proposta de mudança, enfrenta problemas estruturais como o fisiologismo político usando os serviços de saúde como base de clientelismo. (AROUCA, 1988c, p. 3-4).

Ao contrário de outras reformas (previdenciária, tributária, universitária e administrativa) propostas pelo Estado, particularmente pelo Poder Executivo, a Reforma Sanitária surgiu a partir da sociedade, fazendo parte do conjunto de uma mudança social:

> Esse conjunto pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício, o direito de expressão, de livre manifestação e organização, sempre no sentido deste país se afirmar como uma nação de cidadãos, participando de uma elevação permanente da qualidade de vida e garantindo, para a humanidade, um exercício de respeito, de autonomia e desenvolvimento de cada nação, com paz. Esta é a Reforma Sanitária que pretendemos, específica no campo da saúde, humana e universal no campo da transformação social (AROUCA, 1988c, p. 4).

Essas "bandeiras de lutas" e mudança social, cujo processo político não se esgotaria na implantação do SUS, relacionavam-se

com a "democracia progressiva", tendo o socialismo como horizonte (OLIVEIRA, 1987). Foram, assim, um objeto de reflexão teórica, passando a ser investigadas pelas ciências sociais, não só para fins de análise científica mas, sobretudo, para fundamentar estratégias, articulando prática teórica e prática política:

> REFORMA SANITÁRIA é, desde meados da década de 80, o termo mais encontrados em todos os discursos políticos, discussões acadêmicas e documentos oficiais da área de Saúde no Brasil. No entanto, se reunirmos um pequeno grupo dessas pessoas e propusermos a tarefa de construção de uma definição para o conceito de Reforma Sanitária provavelmente nos depararemos com uma ampla diversidade ou até mesmo uma ausência de conceituação coerente. Execrada por uns, fervorosamente defendida por outros, a Reforma Sanitária poderá transcender o domínio das paixões e submeter-se também a uma análise científica, capaz de orientar a construção de estratégias políticas? (TEIXEIRA, 1989a, 4ª capa).

Assim, alguns elementos teóricos já se encontravam sistematizados desde a década de 1980, conforme o livro mencionado, uma das primeiras publicações sobre a Reforma Sanitária Brasileira:

> O esforço realizado nesta Coletânea é exatamente o de encontrar uma base teórica na qual se possa aprofundar a discussão sobre a Reforma Sanitária. Este objetivo acabou por levar os autores a tratar a problemática da reforma dentro de uma perspectiva gramsciana, através da qual pode ser encontrado o instrumental teórico necessário para a discussão de temas polêmicos como: democracia e socialismo, reforma e revolução, corporativismo e questão nacional, hegemonia e coerção, Estado e sociedade, saber e práxis, burocracia e movimento sanitário. Este nosso primeiro passo no sentido de elucidar estas questões não é conclusivo nem encerra o debate, mas, certamente, abre uma janela e descortina um enorme campo a ser coberto na travessia que é a Reforma Sanitária brasileira (TEIXEIRA, 1989a, 4ª capa).

A reflexão teórica sobre a Reforma Sanitária fundamentaria uma práxis no sentido da superação do modelo vigente de organização de serviços de saúde, a partir da mobilização de um bloco de forças

políticas pelo movimento sanitário, sem perder o horizonte de transformações nos planos econômico, político e cultural. Assim, a "dinâmica contraditória introduzida pelas determinações situadas ao nível das lutas políticas na esfera da reprodução e dos valores e ideologias que se reproduzem no campo da saúde e no interior da prática médica" (TEIXEIRA, 1989b, p. 19) revelou a participação de atores políticos na conjuntura, articulados ou não à classe trabalhadora, que apostaram no desenvolvimento da cidadania no Estado moderno. Menos que um programa de governo ou uma política de Estado, a RSB tornava-se, a partir do final da década de 80, alvo de distintas definições e objeto de pesquisa:

> O conceito de Reforma Sanitária tem, todavia, um sentido 'forte': trata-se de conceber e fazer da saúde o fundamento revolucionário de uma transformação setorial, com ressonâncias estruturais sobre o conjunto social (DAMASO, 1989, p. 73).

Esse conceito e delineamento estratégico, identificados como de inspiração gramsciana, corresponderiam, assim, às *reformas gerais* (HELLER, 1986). Este caminho aproximaria, cada vez mais, a democratização da saúde em sua concepção socialista ao pensamento de Antônio Gramsci (GALLO; NASCIMENTO, 1989). Portanto, a estratégia de *guerra de posições* – onde se vinculam conceitos estratégicos como hegemonia, bloco histórico e intelectuais orgânicos – foi a referência teórica elaborada para o desenvolvimento da RSB, como se constata no texto a seguir:

> No caso do Movimento Sanitário, a luta pela hegemonia guarda uma série de especificidades [...]. A saúde é uma questão que, por sua própria essência, supera os marcos corporativistas, pois interessa à sociedade como um todo. Seu caráter é intrinsecamente público, já que não se pode pensar em sua cidadania plena sem que os direitos à saúde sejam assegurados. Assim, a luta para que a saúde seja "um direito de todos e um dever do Estado" [...] é potencialmente capaz de abranger vastíssimos setores da população, pertencentes a diferentes grupos, classes e estratos sociais (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 93).

Assim, privilegiou-se "o eixo político do discurso sanitário" e a história de uma política como "práxis" (DAMASO, 1989). Este eixo articulava-se com outro já sistematizado por estudos que abordaram a renovação da Medicina Social na América Latina e a constituição do campo da Saúde Coletiva (PAIM, 2003a; 2006b).

No próprio estudo do movimento sanitário em que se examinou parte das relações entre saber e práxis, a questão da produção de conhecimentos e a contribuição da academia para a RSB, através do triedro ideologia-saber-prática, tal articulação já estava posta (ESCOREL, 1998). Esse movimento sanitário, produtor ou articulador da Reforma, era analisado nas suas relações com um "contradiscurso" (teoria crítica histórico-social da doença) e com uma "contrapolítica" (inscrita no dispositivo legal, institucional e administrativo) (DAMASO, 1989).

Apesar desses esforços de delimitação teórico-conceitual, persistiram ambigüidades na definição da RSB, até mesmo entre autores que investigaram a RSB, às vezes em um mesmo texto, reduzindo-a a uma concepção de reforma institucional:

> Ao meu ver, o conceito Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento de poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEIXEIRA, 1989b, p. 39).

Neste trecho, a autora não contempla, portanto, uma articulação com outras reformas setoriais e com a "totalidade de mudanças" (AROUCA, 1988), nem mesmo com a apropriação do saber saúde pela consciência sanitária das massas. Em seguida, entretanto, considerava certas "possibilidades de superar o nível de mera reforma administrativa (imprescindível, porém insuficiente), mantendo vivo o núcleo problematizador que reside na própria temática da saúde" (TEIXEIRA, 1989b, p. 41). Ou seja, uma reforma *sanitária* (relativa à saúde) na perspectiva clínica, epidemiológica ou antropológica e

não, apenas, uma reforma *setorial* (reduzida ao setor ou ao sistema de serviços de saúde). Mas quando a autora questionava a dimensão administrativa da reforma institucional (reforma administrativa) privilegiava, na realidade, a dimensão política e não propriamente a sanitária, afirmando que "o núcleo aglutinador é o deslocamento ao nível do poder político" (TEIXEIRA, 1989b, p. 43).

Na medida em que o direito à saúde encontra a sua materialização no SUS reforça a dimensão institucional da Reforma Sanitária, secundarizando outros elementos da "totalidade de mudanças".

> As Ações Integradas de Saúde (AIS) eram consideradas como estratégicas para a implantação da Reforma Sanitária mas a sua defesa não deveria representar nenhum empecilho para seu início (da Reforma). Os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) são considerados como um passo fundamental para a Reforma, assim como a criação de um Sistema Único de Saúde. Ambos, porém, não devem ser confundidos com a própria Reforma. (AROUCA, 1988a, p. 2).

Essas ambivalências parecem ser superadas posteriormente, quando é explicitada uma posição política inclinada para a tendência "institucionalista" (atuação profissional, políticas de saúde mais adequadas, unificação dos serviços etc.), em contraponto a uma determinada tendência "movimentista" (ações comunitárias, associações de bairros, entidades estudantis, comunidades eclesiais de base etc.) (FLEURY, 1997). Portanto, tais ambivalências demandavam um trabalho teórico que fundamentasse a prática política, diante de diferentes enfoques:

> Ainda que tenha partido de intelectuais do setor, visa atender principalmente às necessidades das classes subalternas, ao mesmo tempo em que fere interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais da área de saúde. Nesse sentido, a luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes do país. Por outro lado, seria errôneo a partir desta constatação remeter a luta na área de saúde à dicotomia classe operária versus burguesia, sob pena de estreitar a base social e política do Movimento Sanitário, e colocar em xeque o próprio projeto hegemônico (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 93).

Uma linha distinta, embora não questionasse o projeto da Reforma Sanitária, criticava a "via prussiana" de operar modificações reformistas no modelo assistencial e a concepção restrita da Reforma Sanitária de certos autores "escudados em um pensamento de fundo conservador, o da dialética do possível" (CAMPOS, 1988a, p. 189). Independentemente dessas diferenças, admitia-se, portanto, a superação da concepção que defendia a tomada súbita do aparelho de Estado e, também, daquela que supunha uma elite governando "por cima" da sociedade. Reconhecia-se, enfim, que qualquer proposta de mudança ou permanência do *status quo* teria de ser "conquistada na sociedade, nos marcos de regras democráticas, sob pena de inevitável fracasso" (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 92). Todos, portanto, pareciam reformistas.

Naquele momento já se levantavam êxitos do movimento sanitário, na medida em que forçava reformas administrativas importantes, embora com dificuldades para a unificação e a descentralização do sistema de serviços de saúde e para a obtenção do apoio dos profissionais e da população organizada para a Reforma Sanitária:

> Mas a criação de uma nova instituição da sociedade na área de saúde implica tanto a mudança da forma como a sociedade compreende e deseja que seja resolvida a questão da saúde, como mudança de valores e normas que norteiam a atividade dos profissionais de saúde. Assim, o projeto contra-hegemônico do Movimento Sanitário engloba também a ética (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 94).

A Reforma Sanitária, na sua dimensão cultural parecia exigir uma *reforma intelectual e moral* conduzida por novos intelectuais coletivos, orgânicos às transformações necessárias (GRAMSCI, 1977). Como estava intimamente ligada à democratização da vida social, comporia a "vida concreta dos homens" ou a prática empírica, isto é, a "relação concreta entre a prática técnica e a prática política em uma sociedade dada" (HERBERT, 1976, p. 200-201), trazendo para a reflexão a questão da politicidade das práticas de saúde:

> Como a reprodução social não se orienta, entretanto, basicamente, nem pela falta de lógica das ideologias, nem pela consistência teórica de suas críticas [...], impõe-se aproveitar essa experiência histórica (a Saúde Pública em São Paulo nos anos 70 e a Reforma Sanitária no Brasil dos anos 80) como lição para as ações futuras que pretendam transformar as práticas de saúde [...]. Nenhuma perspectiva tecnocrática terá doravante como justificar-se diante de seus fracassos, quaisquer que sejam seus méritos lógicos ou científicos, o que quer dizer que haverá sempre que buscar sólidas e profundas bases de apoio à ação transformadora no tecido social, para que ela possa viabilizar-se, e mesmo que deva então seguir o ritmo lento dos atalhos transversais e das retiradas (MENDES-GONÇALVES, 1991, p. 101-102).

A transformação das práticas de saúde, além de exigir uma atenção especial para a experiência histórica, requeria uma revisão das concepções de saúde e doença, bem como uma reconceitualização do seu objeto: as necessidades de saúde.

Concepções de saúde

As concepções de saúde vinculadas à *proposta* da Reforma Sanitária foram elaboradas pelo seu braço acadêmico, na década de 1970, ou seja, os departamentos de medicina preventiva e social e as escolas de saúde pública ou seus equivalentes. Estes eram informados pelo marco conceitual do movimento preventivista que trazia as idéias da Medicina Integral (*Comprehensive Medicine*). Na medida em que a compreensão e crítica das propostas de Medicina Preventiva e de Medicina Comunitária eram elaboradas no Brasil e em alguns países latino-americanos, parte dessas instituições acadêmicas inspirou-se na Medicina Social desenvolvida na Europa, em meados do século XIX. Nessas tentativas de delimitação do campo, eram explicitados os conteúdos de uma nova concepção:

> Considera-se saúde e doença como um único processo que resulta da interação do homem consigo mesmo, com outros

> homens na sociedade e com elementos bióticos e abióticos do meio. Esta interação se desenvolve nos espaços sociais, psicológico e ecológico, e como processo tem dimensão histórica [...]. A saúde é entendida como o estado dinâmico de adaptação a mais perfeita possível às condições de vida em dada comunidade humana, num certo momento da escala histórica [...]. A doença é considerada, então, como manifestação de distúrbios de função e estrutura decorrentes da falência dos mecanismos de adaptação, que se traduz em respostas inadequadas aos estímulos e pressões aos quais os indivíduos e grupos humanos estão continuamente submetidos nos espaços social, psicológico e ecológico (SILVA, 1973, p. 31-32).

A partir de então a produção teórica desenvolvida pela Saúde Coletiva centrou-se, originalmente, em dois conceitos: *determinação social das doenças* e *processo de trabalho em saúde*. (TEIXEIRA, 1985). O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade. Enquanto componentes dos processos de reprodução social, reconhecia-se que tais fenômenos eram determinados social e historicamente:

> O materialismo histórico torna-se o fundamento epistemológico do 'objeto' processo saúde/doença, ao mesmo tempo que se institui como instrumento de transformação racional da realidade [...]. Assim, a categoria central explicativa do processo saúde/doença seria, pelo seu máximo grau de abstração, aquela de 'produção' e 'reprodução social', naturalmente intermediada por outras categorias, quando se trata de especificidades (NOVAES, 1997, p. 213).

Segundo esse autor, a "velha Saúde Pública" era posta em cheque e a medicina social latino-americana passava a ser uma corrente de pensamento de contestação crítica ao pensamento de saúde pública dominante, como se observa adiante:

> Se pelo lado da questão saúde a Medicina Social tinha introduzido novos conceitos e aberto outros campos de intervenção além do prevenir/diagnosticar/curar, quais

> sejam a determinação social do fenômeno saúde/doença e a organização das práticas, serviços e sistemas de atenção à saúde, pelo ângulo da política, a visão que predominava no movimento era predominantemente reformista, ainda que tendo no horizonte o socialismo (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 63).

Essa corrente teórica orientava muitas das proposições do movimento de democratização da saúde em relação às políticas de saúde e às alterações mais profundas de outros setores, assim como no Estado, na sociedade e nas instituições. Não obstante certas perplexidades que acompanharam o processo reformista, significativos esforços teórico-conceituais buscaram superar as lacunas teóricas e ausências de práticas solidárias ao processo da Reforma Sanitária. No que diz respeito à reconceitualização das necessidades de saúde, procurava-se recuperar certos aspectos culturais envolvidos na sua definição e, especialmente, seus componentes psicológicos e subjetivos:

> Saúde e doença, bem-estar e mal-estar são fenômenos não apenas físicos que se manifestam pelo bom ou mal funcionamento de um órgão, mas ao mesmo tempo possuem uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São fenômenos que possuem uma dimensão sócio-cultural, coletiva, e outra psicobiológica, individual, que não deveriam ser dicotomizadas. Devem então ser compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um (VAITSMAN, 1992, p. 157-158).

Ao questionar a noção economicista das necessidades humanas, a autora criticava o chamado "conceito ampliado de saúde" quando restrito à concepção de saúde como resultado das formas de organização da produção. Mesmo admitindo que as relações de classe geradas no processo social da produção determinariam desigualdades nas condições de vida e de saúde, ressaltava a existência de outros fatores também relevantes, como gênero, cor, idade, entre outros, que contribuiriam para acentuar as iniqüidades. Lembrando um conjunto mais amplo de necessidades humanas – subsistência, proteção, afeto,

compreensão, participação, lazer, criação, identidade e liberdade – a autora apresentava a seguinte reconceitualização de saúde:

> A existência de saúde, que é física e mental - está ligada a uma série de condições irredutíveis umas às outras [...] É produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não-reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho mas também do lazer - ou da sua ausência, por exemplo - do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases [...] (VAITSMAN, 1992, p. 171).

Realçando a influência do pensamento marxista no balizamento teórico e programático da Reforma Sanitária, outro autor/ator do movimento reiterou a crítica ao modelo biomédico, a partir do conceito de determinação:

> Decisiva para a crítica do modelo biomédico de explicação do processo saúde-doença, essa matriz de pensamento identificava as estruturas sociais como determinantes para a produção e desigual distribuição dos riscos sanitários entre as populações (CARVALHO, 1997, p. 95).

Ainda que não chegasse a desenvolver uma análise sobre a pertinência da teoria da produção social da saúde-doença, no sentido de orientar as práticas e políticas de saúde, o autor admitia o alargamento de espaços democráticos para a sua redefinição. Nesse particular, chamava a atenção para a importância da concepção gramsciana do Estado ampliado, como fundamento para a intervenção social organizada.

Contudo, o "epistemicídio" (BREILH, 2002) sofrido pela *epidemiologia crítica* no Brasil pode ter impedido o desenvolvimento dessa linha de investigação, influenciando negativamente a produção de conhecimentos sobre o componente *saúde* da RSB. A ênfase no setor ou no componente *sistema de serviços de saúde* deixou em segundo plano a intervenção sobre o estado de saúde da população e seus determinantes. Quando a literatura internacional passou a valorizar, depois da latino-americana, os determinantes sociais e ambientais da saúde (EVANS; MORRIS; MARMOR, 1994), a Epidemiologia Social brasileira já não investia cientificamente na teoria da determinação ou da produção social do fenômeno saúde/doença. Somente a partir da criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), em março de 2006, o Ministério da Saúde, junto ao CNPq, lançou um edital de pesquisa apoiando o desenvolvimento de investigações nessa temática.

Concepções de práticas de saúde e de organização de serviços

Derivada do preventivismo ao buscar a sua operacionalização, a Medicina Comunitária imprimiu certa racionalidade na organização dos serviços de saúde, enfatizando noções como regionalização, hierarquização, participação comunitária, multiprofissionalidade, entre outras (DONNANGELO, 1976). Novos aportes conceituais, metodológicos e operativos surgiram a partir das disciplinas de planejamento e administração, tais como análises de custo-benefício e custo-efetividade, programação, planejamento participativo, sistema de informação etc. Reconhecendo nesse movimento preventivista um dos principais fundamentos teóricos do movimento sanitário que deu origem ao *projeto* da Reforma Sanitária, alguns autores indicaram certas recomposições conceituais, a exemplo da noção de organização social das práticas de saúde:

> Partindo da análise dos processos de trabalho e do conceito-chave de organização social da prática médica, tal movimento opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada bem como de sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder as demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento (FLEURY, 1988a, p. 196).

Enquanto essa autora sublinhava tal desenvolvimento conceitual, havia centros acadêmicos da Saúde Coletiva produzindo conhecimentos e alternativas de práticas, a partir de uma reflexão teórica sobre tecnologias (materiais e não materiais) e sobre o *modelo de organização tecnológica do trabalho* em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1979, 1991, 1992, 1994). Problematizando o economicismo e o estruturalismo de suas origens, bem como uma redução dos enfoques à estrutura do poder, a Saúde Coletiva passou a explorar outras alternativas teóricas que respondessem aos desafios postos pelo *processo* da RSB. Assim, passava-se a valorizar "a construção de uma identidade simbólica" para o movimento sanitário e a institucionalização desse ator político através do Cebes (FLEURY, 1997). Embora tais redefinições não fossem lineares, preservava-se uma abordagem

> [...] fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social, a organização social da prática médica, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta. Assim, enquanto a noção de determinação social nos remetia à estrutura produtiva, subsumindo ao econômico o político e o ideológico, o conceito de organização social da prática médica situava-se ao nível político, ainda que operando uma segunda redução da problemática do poder, ao nucleá-la a partir de sua dimensão de materialização institucional (FLEURY, 1997, p. 25).

Desse modo, o conceito de *práticas de saúde*, inicialmente pouco considerado na análise política do movimento sanitário ou na formulação de macro-políticas, tornou-se imprescindível para balizar a

implementação da Reforma Sanitária. Nessa renovação das práticas de saúde surgiu a proposta da vigilância da saúde, originalmente concebida como "prática sanitária que organiza os processos de trabalho em saúde, sob a forma de operações, para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território determinado" (MENDES, 1993). Ao articular o processo saúde/doença no plano coletivo às intervenções centradas sobre danos, riscos e determinantes sócio-ambientais, a vigilância da saúde, enquanto modo tecnológico de intervenção (PAIM, 1993b), estimula uma reatualização da reflexão sobre promoção da saúde e qualidade de vida (SOUZA; KALICHMAN, 1993). Verificou-se o desenvolvimento de uma linha de pesquisa, reflexão e experimentação sobre práticas de saúde em distintos centros acadêmicos e a experimentação de modelos de atenção, de planejamento e de gestão. A valorização da dimensão subjetiva dessas práticas, das vivências dos usuários e dos trabalhadores do setor, além de uma preocupação com a constituição dos sujeitos sociais, tem proporcionado espaços de comunicação e diálogo com outros saberes e práticas abrindo novas perspectivas de reflexão e de ação (PAIM, 1997).

A partir da reflexão sobre modelos de atenção à saúde e das iniciativas inovadoras de alguns municípios e distritos sanitários no Brasil, constata-se a adoção de propostas alternativas em várias localidades, mediante a articulação entre a universidade, os serviços e a comunidade. Nessa linha de investigação e de experimentação insere-se um conjunto de pesquisas sobre processo de trabalho em saúde (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996) e, em particular, sobre tecnologias, reconhecidamente "uma das fragilidades do movimento em torno da Reforma Sanitária no Brasil" (MERHY, 1997, p. 130). A temática das conferências nacionais de 1996, 2000 e 2003 e os debates nelas realizados estimulam, presentemente, a ousadia de construir modelos de atenção voltados para a qualidade de vida e a humanização do cuidado.

No que se refere à Promoção da Saúde, vem sendo defendida pelos secretários municipais de saúde (CARTA de Fortaleza, 1995), e transformada em *Política Nacional de Saúde* e objeto do *Pacto pela*

vida em 2006 (BRASIL. Ministério da Saúde. 2006a, 2006c). Portanto, não foi apenas a academia que contribuiu para o desenvolvimento dos modelos de atenção. Além da experiência dos distritos sanitários e das ações programáticas de saúde, verificou-se um acúmulo significativo do SUS em torno da "estratégia da saúde da família" e a colaboração de outros atores relevantes:

> Sem dúvida, a atuação de partidos políticos, movimentos sociais e de agrupamentos específicos (por exemplo o da reforma psiquiátrica e, ou o mais amplo ainda da reforma sanitária, articulado ao redor do CEBES) também contribuíram para a construção e experimentação de distintos modelos de atenção (CAMPOS, 1997, p. 116).

Ainda assim, esse autor faz críticas à Saúde Coletiva, quando transita da onipotência do discurso a uma quase impotência das práticas ou quando intelectuais propõem o "modelo ideal", produzindo um discurso moralista sobre estilos de vida e a compulsão da integralidade da atenção, ou ainda quando "a saúde pública oficial, em muitas situações, beira o fundamentalismo mais torpe" (CAMPOS, 1997, p. 119).

Afinal, o que é Reforma Sanitária?

Após a revisão das concepções de saúde e seus determinantes bem como das práticas de saúde produzidas pelo braço acadêmico da RSB, torna-se possível apresentar uma sistematização considerando o ciclo proposto na metodologia para a descrição e análise desse fenômeno histórico-social: idéia-proposta-projeto-movimento-processo. Assim, busca-se conceituar a Reforma Sanitária a partir dos seguintes momentos e definições:

Idéia: constituída pelo pensamento inicial, uma percepção ou representação do fenômeno. Pode ser identificada, mesmo sem a denominação de Reforma Sanitária, a partir da proposição de uma

prática teórica e de uma prática política para o enfrentamento do *Dilema Preventivista* (AROUCA, 2003). A criação do Cebes em 1976 e o lançamento da *Saúde em Debate* possibilitaram que essa idéia se vinculassse à concepção de direito à saúde, exposta no segundo número dessa revista, recebendo a denominação de Reforma Sanitária em 1977 no editorial do seu terceiro número. A fundação da Abrasco em 1979 poderia ser considerada a expressão da síntese entre as práticas teórica e política.

Proposta: a transformação da *idéia* em *proposta*, ou seja, conjunto articulado de princípios e proposições políticas, pode ser constatada no documento *A questão democrática na área da saúde* e nos relatórios finais dos Simpósios de Política de Saúde da Câmara de Deputados, especialmente o primeiro (1979) e o quinto (1984).

Projeto: a Reforma Sanitária como *projeto*, isto é, conjunto de políticas articuladas ou "bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças" (AROUCA, 1988a) encontra-se sistematizado no Relatório Final da 8ª CNS, realizada em 1986.

Movimento: o movimento da democratização da saúde, "movimento sanitário" ou "movimento da Reforma Sanitária", enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental, emerge com o Cebes e atravessa as conjunturas examinadas na presente investigação.

Processo: a Reforma Sanitária enquanto *processo*, ou seja, conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas – pode ser visualizada após a 8ª CNS com as iniciativas de implantação do SUDS, CNRS, promulgação da Constituição de 1988 e, especialmente, a partir da produção de fatos político-institucionais na conjuntura pós-88. Esse *processo* envolve um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a totalidade social, não se esgotando nas práticas teórica, política e ideológica. O conceito de totalidade abre espaço para a discussão da prática social numa tentativa de dar conta dessa realidade. As práticas de saúde têm, por

conseguinte, uma natureza técnica mas, ao mesmo tempo, são práticas sociais com dimensões econômicas, ideológicas, políticas, culturais e simbólicas (PAIM, 1997).

Portanto, a Reforma Sanitária, enquanto *proposta* foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em *projeto* a partir da 8ª CNS e desenvolveu-se como *processo* desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma *proposta*, um *projeto*, um *movimento* e um *processo*. A "unidade dialética saber-ideologia-prática" (TEIXEIRA, 1988) é orgânica ao *projeto* da Reforma Sanitária e pode contribuir para a constituição de novos sujeitos sociais capazes de avançar o seu *processo*.

Com base nas contribuições dos autores revisados neste capítulo, seria possível definir a Reforma Sanitária Brasileira como uma *reforma social* centrada nos seguintes elementos constituintes: a) *democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) *democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) *democratização da sociedade* alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma "totalidade de mudanças", em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.

Enfim, uma das vertentes críticas do movimento sanitário admite a Reforma Sanitária como um *projeto civilizatório* articulado à *radicalização da democracia* na perspectiva do socialismo:

> O projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade com um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira.[3]

Discutidos os diferentes enfoques e definições relativos à *proposta*, ao *projeto* e ao *processo* da Reforma Sanitária, caberia examinar este último nos capítulos a seguir, tomando como referência a conjuntura pós-constituinte.

Notas

[1] Consultar o folheto do Fórum da RSB, datado de 2006, p. 6.

[2] Trecho extraído do Documento III da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, publicado no Rio de Janeiro, em maio de 1987, p. 11.

[3] Matéria publicada na revista *Radis*, (20, fev. 2001) sob o título *Arouca em SUS: revendo a trajetória, os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira*.

O final do período Sarney

> O papel da ciência social, reconhecendo seus próprios limites num século que fetichiza o poder da ciência, é o de insistir, contra todas as evidências 'realistas', sobre as conseqüências de mudanças tão drásticas, sobretudo sobre a tragédia que constitui uma sociedade sem esperança (OLIVEIRA, 1998, p. 231).

Conforme se analisou nos capítulos anteriores, o movimento da democratização da saúde teve o Cebes como seu intelectual coletivo, passando por vários momentos: denúncia e resistência contra a ditadura e suas políticas anti-sociais e privatizantes (1968-1975); articulação com outros movimentos sociais (1974-1984); apoio crítico às políticas racionalizadoras do Estado autoritário (1976-1982); e formulação de propostas alternativas, parcialmente absorvidas pelos governos estaduais e municipais, a partir das eleições diretas de 1982 e pelo Governo da Transição, depois de 1985.

Desde o início do *processo* da Reforma Sanitária esta era vista como um *projeto* que enfrentava impasses na construção e na condução – aspectos do denominado "dilema reformista" (FLEURY, 1988b) –, quando se questionava se o paradigma adotado seria capaz de dar conta da complexidade e da abrangência do *projeto*. Reconhecia-se, ainda, "que a atuação governamental tende a tornar absolutos os

aspectos racionalizantes da Reforma Sanitária, minando, dessa forma, sua base política, imprescindível para que esse processo transcenda os limites administrativos" (FLEURY, 1988a, p. 204).

Isto faz supor que a insistência de distinguir o *projeto* da Reforma Sanitária em relação ao seu *processo*, no qual apareceriam elementos contraditórios de concretização, racionalizadores ou democratizantes, correspondia a uma cautela no sentido de não reforçar seus componentes técnico-administrativos e técnico-operacionais às custas do sacrifício "de uma base social, uma coalizão de forças, cuja unidade é construída em torno do desejo, da utopia" (FLEURY, 1988a, p. 205). Todavia, a implementação da Reforma Sanitária impunha não só contemplar tais componentes, mas, sobretudo, lidar com a crise fiscal do Estado e com um conjunto de dispositivos jurídicos e administrativos que compunham a sua ossatura e com uma cultura política assentada no clientelismo, fisiologismo e patrimonialismo.

Após uma interrupção de seis meses na circulação do *Jornal da Reforma Sanitária*, a sua manchete de julho de 1989 era bastante expressiva quanto à força daqueles dispositivos e práticas políticas: *Cientelismo ameaça Sistema Único*. E o subtítulo ainda era mais preciso: *Discussões sobre Lei Orgânica da Saúde põem à mostra submissão do sistema ao fisiologismo político* (PROPOSTA, 1989, p. 1). Assim, os impasses relativos à realização dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária nas relações entre os serviços de saúde, trabalhadores do setor e os usuários/cidadãos não conseguiam ser contornados com o apoio do seu arsenal teórico-conceitual. No *Encontro Ítalo Brasileiro de Saúde*, realizado em Salvador no mês anterior, situações concretas e objetivas eram apontadas como responsáveis pelas distorções verificadas nas tentativas de implantação do *projeto* da Reforma Sanitária:

> A análise da conjuntura não indica, portanto, um tempo próximo favorável à concretização de todas as proposições formuladas na VIII CNS. Evidentemente que certos avanços poderão ocorrer a partir dos resultados da implantação do SUDS, nos textos das constituintes estaduais e das leis orgânicas dos municípios e da saúde, entre outros. Mas a

> crise fiscal do Estado não parece ter solução próxima. A dívida externa constrange a economia e o financiamento dos serviços públicos fica comprometido. Se o SUDS era uma possibilidade da passagem de políticas racionalizadoras para políticas democratizantes do setor saúde, a Reforma Sanitária, enquanto expressão dessas últimas, é impensável sem os investimentos necessários à ampliação da rede pública de serviços (PAIM, 1991a, p. 114).

Nesse contexto, somente um movimento suprapartidário era visto como capaz de conter os retrocessos. Esta era uma das conclusões do VI Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, com o tema *Saúde: municipalização é o caminho* (A CARTA de Porto Alegre, 1989, p. 3). Destacando que a política recessiva e o clientelismo atentavam contra o SUS, o evento foi marcado por contundentes denúncias:

> O Brasil vive, hoje, a disseminação de uma ideologia cínica baseada na contra-verdade, onde o discurso tem muito pouco a ver com os fatos concretos. Onde mulheres estupradas, de vítimas passam a ser acusadas, onde os mortos do Batou Mouche viram culpados pelo afundamento do barco, onde o Governo Federal diz que é a favor do SUDS e tem toda uma política orquestrada para inviabilizar o sistema. [...]. O Ministério da Previdência [...] diz que está implantando o SUDS mas que os secretários estaduais são incompetentes, colocando a culpa na vítima. Ao invés de repassar os recursos aos estados e municípios dentro da descentralização, eles dizem que os estados não estão prestando contas. [...] Recriou as secretarias de controle do INAMPS colocando dentro delas pessoas inimigas do SUDS na grande maioria dos estados, cúmplices do que existia de pior no fisiologismo deste país. E tudo isso em nome da modernidade, da moralização e da eficiência (AROUCA, 1989b).

Este inconformismo expressava-se, também, no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e III Congresso Paulista de Saúde Pública (A CARTA de São Paulo, 1989, p. 8). Além de denunciar as precárias condições de vida e de saúde da população, as distorções do sistema de saúde e da Reforma Sanitária, criticava o governo por não ter enviado,

no prazo estabelecido, o projeto de lei da seguridade social incluindo a saúde. Reafirmava os compromissos das entidades com a Reforma Sanitária, cobrava a instalação imediata das instâncias colegiadas de gestão e reivindicava a retomada da política de desenvolvimento científico e tecnológico. Para além da polêmica entre a "dialética do possível" e a "dialética do desejo"[1] havia uma ameaça política e ideológica, bem mais grave pairando sobre todos, como se anunciava em junho de 1989:

> Este quadro fortalece a tese de que a Reforma Sanitária não tem saída se confinada aos limites de uma reforma administrativa setorial na qual a lei, simplesmente, estabeleça a organização do Sistema Único de Saúde. Permanecendo estreitas as suas bases financeira e política corre o risco de se desmoralizar perante a população. Contra esses riscos novos esforços devem ser envidados nos campos cultural e político. A reconceitualização das necessidades de saúde e a crítica das práticas sanitárias apresentam-se como pertinentes deslocando-se a ênfase da questão dos serviços para as condições de saúde e seus determinantes. Tais alternativas precisam ser exploradas para facilitar a repolitização da saúde numa conjuntura que tende a banalizar o projeto da Reforma Sanitária (PAIM, 1991a, p. 115).

Distintas perspectivas de análise e de posições político-ideológicas apontaram para muitas das ambigüidades do projeto reformista. O debate verificado ao final dos 80 sobre a natureza e o estágio da Reforma Sanitária ilustra parcialmente seus impasses. Muitos questionamentos foram feitos: "Que Estado é esse do 'Brasil hoje'; quais as características do processo de transição que se vive; em que diretriz ele aponta; que cidadania está sendo moldada?" (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 24). Evidentemente que essas perguntas aparecem com mais freqüência diante dos impasses da implantação da RSB. Em outros momentos o "pessimismo da inteligência" era superado pelo "otimismo da vontade", sendo compreensível que alguns centrassem a sua atenção não apenas naquilo que consideravam mais importante para o avanço, mas, também, em função de posições político-ideológicas e de inserções político-institucionais diversas.

> Grandes dilemas colocam-se perante um processo que aspira uma reforma profunda do sistema de saúde, iniciado na esfera administrativa, mas que colide desde o começo com consideráveis interesses na defesa da manutenção da ordem vigente, instalados tanto no setor privado da área de saúde como nos aparatos institucionais do Estado: nas burocracias e tecnocracias inseridas no setor público ao perderem o manejo dos recursos e capacidade de influência; no âmbito do financiamento das políticas públicas que passam a se reger por critérios redistributivos e de eficiência deslocando e realocando recursos; no que diz respeito ao papel e ao preenchimento da função pública por parte dos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, etc. e principalmente [...] a participação da população, do usuário do sistema, na administração, gestão e controle das unidades locais de saúde (GERSCHMAN, 1989, p. 122).

Para além das dificuldades identificadas, constata-se dentro de um mesmo grupo de pesquisadores concepções distintas para a RSB: um *projeto contra-hegemônico* que provocaria uma mudança na forma de enfrentar a questão saúde na sociedade, incluindo uma dimensão ética, ou uma *reforma setorial*, ainda que profunda, do sistema de saúde, iniciando-se como reforma administrativa e contemplando a participação da população? Essa dupla dimensão – societária e setorial – da RSB aparece em diferentes discursos e momentos, ainda que a polarização em torno de uma delas revele posições político-ideológicas distintas ou diferentes estratégias em conjunturas específicas. Até mesmo o início da *proposta* era visto diferentemente por autores. Enquanto uns localizavam a conjuntura pós-74, com a abertura lenta, segura e gradual do período Geisel como a que proporcionou a articulação do movimento (GALLO; NASCIMENTO, 1989, DAMASO, 1989), outros viam a 8ª CNS como uma espécie de marco zero da RSB (GERSCHMAN, 1989).

Enquanto se discutia o projeto de lei orgânica do setor, aprofundava-se a instabilidade econômica com hiperinflação e crise fiscal do Estado, encontrando a Reforma Sanitária sérios obstáculos para a sua implementação. O recuo dos movimentos sociais, a disseminação da ideologia neoliberal e a perda de poder aquisitivo dos

trabalhadores de saúde, ensejaram o aparecimento de uma "operação descrédito" contra o SUS, seja por parte das classes dirigentes e mídia, seja pelas ações políticas predominantemente corporativas dos trabalhadores de saúde. No início de 1990 enquanto uns admitiam que só a 9ª Conferência garantiria o SUS, outros conseguiam enxergar as contra-marchas do seu *processo*:

> Sempre entendemos a Reforma Sanitária Brasileira como um processo. A Lei Orgânica da Saúde deve ser entendida, portanto, não como um fato isolado, mas como o arcabouço da democratização da saúde. Nesse sentido a Lei contempla os mecanismos necessários para o processo continuar avançando (AROUCA, 1990, p. 7).

Assim, a Reforma Sanitária enquanto *processo* ia, apesar de tudo, fincando as suas bases. O reconhecimento das dificuldades na experiência do SUDS e a necessidade de sua superação na passagem para o SUS deveriam implicar a elevação da consciência social sobre os problemas de saúde, seus determinantes e a elaboração de alternativas de organização de serviços e de reestruturação das práticas de saúde.

Entendia-se que a mobilização da sociedade brasileira numa época de crise não seria uma missão fácil, mas, ao mesmo tempo, reconhecia-se que a História se constrói, a cada dia, em cima de dificuldades, contradições e crises, concluindo-se que a Reforma Sanitária, como a Reforma Agrária, fazia parte das crises e, também, da sua superação. Enquanto produto da democratização da saúde, a Reforma Sanitária tenderia a acumular fatos que, orgânicos à direcionalidade do projeto, contribuiriam para a reorganização dos serviços de saúde e para a elevação da consciência sanitária do povo brasileiro (PAIM, 1989, 1991a). Entretanto, as forças e partidos políticos identificados com o *projeto* da Reforma Sanitária perderam o segundo turno da eleição presidencial de 1989. Tal como ocorrera na experiência italiana, os partidos e grupos que se opuseram à Reforma Sanitária (BERLINGUER; TEIXEIRA; CAMPOS, 1988), por ironia da história, passaram a ser os responsáveis pela implantação do SUS no Brasil.

Notas

[1] Ver textos e polêmica produzidos na época por Sônia Fleury, Célia Almeida e Gastão Wagner de Souza Campos, reproduzidos recentemente pelo Cebes (FLEURY; BAHIA; AMARANTE, 2007).

Período Collor

> As forças sociais contrárias aos postulados do movimento passam a ter no jogo político perspectivas que lhe são favoráveis, decorrentes da conjuntura neoliberal radicalizada na década de 1990. A luta do movimento sanitário tomaria novos rumos (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 102)

Após a década de 80, configura-se um novo contexto econômico, político e ideológico, no qual o neoliberalismo impõe-se como doutrina, ideologia, pensamento único, quase uma religião, influenciando várias instâncias da sociedade e, conseqüentemente, o *processo* da RSB. Uma síntese desse contexto pode ser verificada no trecho a seguir:

> Coincidente com a eleição de Collor, o ano de 1989 foi um momento de inflexão da Guerra Fria, simbolizado pela queda do Muro de Berlim, com o redirecionamento das relações políticas internacionais, mudando-se o conflito ideológico entre socialismo e liberalismo, trazendo uma clara supremacia do pensamento neoliberal, de defesa do mercado e de suas políticas decorrentes. Nesse contexto, o destaque pode ser dado para a redução da presença do Estado na condução das políticas sociais e a conseqüente transformação destas em políticas residuais compensatórias, promovidas por um Estado mínimo e dito regulador de um mercado soberano e liberalizado. O Brasil da era Collor foi tributário de primeira

> hora dessas novas condições internacionais (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 111).

Nesse contexto, apontava-se a possibilidade de uma retomada de políticas racionalizadoras pelo novo governo e de um *sanitarismo de resultados*, capazes de oferecer, num período recessivo e marcado pela ideologia neoliberal, uma medicina simplificada para pobres e "descamisados", excluídos do consumo médico, e ações de saúde pública de baixo custo e alto impacto (PAIM, 1991b). Considerava-se possível que grupos orgânicos às políticas racionalizadoras poderiam aderir ao projeto conservador em saúde, atuando numa faixa paralela à privatização do setor, ainda que utilizando a retórica da Reforma Sanitária. Isto foi constatado com a participação de componentes do movimento sanitário na gestão do Ministro Alceni Guerra e, especialmente, na de Dr. Adib Jatene, incluído no "ministério ético" durante os estertores do período Collor. Diante de uma correlação de forças tão desfavorável, como admitir que as políticas implementadas pudessem ser orgânicas ao *projeto* da Reforma Sanitária?

Além da onda neoliberal que se expandia no mundo, da queda do Muro de Berlim, tão festejada pela mídia, e do Consenso de Washington, estabelecido no mesmo ano, a polarização das eleições presidenciais entre o "velho" (um líder sindical apoiado pelas esquerdas, supostamente em extinção) e o "novo" (um candidato de 40 anos com um discurso "moderno" e "anti-elites"), contribuiu para um Parlamento federal, mais à direita, organizando-se em torno de interesses específicos "com objetivos concretos de reverter muitas das políticas aprovadas pela Constituinte para a área social, em particular o SUS" (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 89), como se assinala a seguir:

> Se, por um lado, Lula representava a agregação de interesses da sociedade, organizada em movimentos e sindicatos, por outro, Collor foi o símbolo de uma diversidade de interesses difusos, de aglutinação de bolsões de esperança, principalmente daqueles que o próprio Collor denominou de 'descamisados' (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 113).

Esses autores descrevem os aspectos econômicos, políticos, sociais e sanitários dessa conjuntura, demonstrando a inflexão privatizante efetuada pelo governo. Antes mesmo de ser escolhido o novo ministro da saúde do primeiro presidente eleito por um pleito direto, já havia uma indicação do irmão do tesoureiro da campanha presidencial para a secretaria executiva do Ministério da Saúde, conforme o texto a seguir:

> Por sugestão de Antônio Carlos Magalhães, Collor chegou a convidar o cirurgião Adib Jatene para ser ministro da Saúde. Ao fazê-lo, no entanto, o presidente eleito disse que Luís Romero já fora escolhido secretário executivo do Ministério [...]. -Acho que você não deve aceitar o convite - aconselhou Antônio Carlos, e Jatene decidiu não ser ministro. Collor ofereceu então o cargo a Alceni Guerra, que quis nomear Reinhold Stephanes secretário executivo. [...] 'Se você não escolher o irmão do PC, acabará perdendo o ministério', disse Renan [Calheiros] a Alceni (CONTI, 1999, p. 297).

E o Dr. Alceni Guerra não perdeu o Ministério da Saúde, pelo menos naquele momento. A implementação do SUS, no entanto, enfrentou muitos obstáculos, inclusive da burocracia do Inamps, como se pode constatar a seguir:

> [...] afloramento dos conflitos federativos, entre os estados e o governo federal, pelo repasse de verbas e transferência de patrimônio e pessoal, conflitos com os servidores, resistência por parte do funcionalismo em ser transferido para estados e municípios (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 119).

Mesmo assim, o Projeto de Lei Orgânica da Saúde foi sancionado pelo Presidente da República, em setembro de 1990 (Lei 8080/90). Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Ou seja, todos os prestadores de serviços

estão subordinados a esta Lei, não abrangendo apenas os integrantes do SUS. Todavia o Presidente Collor sacrificou o texto legal com 9 artigos vetados, totalmente, e 5, parcialmente:

> O ministro Alceni Guerra fez uma reunião no seu gabinete, chamou várias entidades da Plenária, entre elas o Conasems. Eu estava presente junto com o Eleutério e outras pessoas, e ele nos comunicou, oficialmente, que o presidente Collor vetaria todos os artigos relativos à descentralização, ao controle social e aos repasses inter-governamentais (MEDEIROS *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 133).

Apesar dos vetos do Presidente, a sociedade brasileira conquistou uma lei abrangente, que não só especifica os princípios, objetivos, atribuições, organização, direção e gestão do SUS nos diversos níveis de Federação, como também oferece indicações sobre relações com os serviços privados, financiamento, gestão financeira, recursos humanos, planejamento etc. Novas mobilizações foram realizadas no sentido de recuperar conteúdos excluídos pelos vetos presidenciais.

> [...] o Alceni Guerra me chamou, querendo fazer uma recomposição e dizendo que não valia a pena a gente criar esse confronto lá na Câmara dos Deputados, e propunha que a gente fizesse uma nova proposta (MEDEIROS *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 133).

A Lei Orgânica da Saúde foi então complementada pela Lei 8142/90 que regula a participação da comunidade no SUS, assegurando a existência de instâncias colegiadas como conferências e conselhos de saúde nos três níveis de governo, além de orientar as transferências inter-governamentais de recursos financeiros da área de saúde e de exigir a formulação de planos de saúde e a criação de fundos de saúde.

> Fizemos uma reunião com os deputados - Arouca, Eduardo Jorge, Raimundo Bezerra, Mosconi, Abigail Feitosa - e entidades - o Conasems, representado pelo Eri Medeiros, o Cebes, a Abrasco, o Guedes [José], o Arlindo Fábio, o Eleutério, a Samara, a Luiza [Jaeger], o Costa [Francisco] e o Márcio

> Almeida. Todas essas pessoas e outras, que não me ocorrem, participaram dessa reunião e, ao final da tarde, nós já tínhamos um esboço do que hoje é a Lei no. 8142/90, creio que no dia 16 de novembro, e no dia 28 de dezembro do mesmo ano [1990] a lei estava promulgada. Isto demonstra a força do movimento social, dentro e fora do Congresso Nacional (SILVA *apud* FALEIROS *et al*., 2006, p. 133).

Contudo, os encontros de bastidores e as práticas políticas acionadas, se de um lado produziam ganhos significativos para a Reforma Sanitária, de outro, alteravam a correlação de forças, inclusive no interior do movimento:

> Nós fomos bem corporativos na nossa participação, porque na negociação dessa lei com o próprio Geraldo Alckmin, eu coloco o nome do Conasems na lei. Lá está escrito que nós somos membros natos do Conselho Nacional de Saúde [...] Conass e Conasems fazem parte da Lei no. 8.142/90, não como convidados, mas como partes integrantes (MEDEIROS *apud* FALEIROS *et al*., 2006, p. 135).

Essa ação política do Conasems não parou aí. O movimento municipalista ganhou força na Gestão Itamar, como será exposto a seguir, contando com o apoio do Dr. Gilson Carvalho no Ministério da Saúde. Introduziu na NOB 93 a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com espaço assegurado de participação permanente do Conasems e dos Cosems, não sem conflitos com as atribuições dos conselhos de saúde (MIRANDA, 2003). A conjuntura apresentava uma correlação de forças bastante hostil ao movimento sanitário de modo que o protagonismo conquistado pelos municipalistas representou uma ampliação significativa das bases políticas do *projeto* da RSB.

> Desde a negociação da Lei Orgânica da Saúde, já se evidenciava a reorganização dos interesses empresariais e corporativos, levando a que a sua aprovação fosse muito difícil; é claro que não poderia ser também de outra forma, pois afinal, tratava-se de 'dar nome aos bois', detalhar o 'como' fazer atuar e funcionar o SUS. E isso ocorre numa conjuntura em que o poder executivo ganha novo fôlego, com a eleição de Collor,

> legitimado pelas urnas, sobre uma plataforma modernizante, em contraponto ao período imediatamente anterior do Governo Sarney, por todos rejeitado pelo escrachado clientelismo e fisiologismo que o caracterizavam (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 89).

Contudo, as negociações que resultaram na promulgação da Lei nº 8142 em 28/12/1990 não foram capazes de impedir que, dias depois, o Presidente do Inamps publicasse a NOB 01/91, subvertendo as definições da referida lei. Apesar das manifestações contrárias do movimento sanitário, essa norma foi aparentemente bem recebida por gestores municipais.

> Naquele momento, recebíamos recursos por convênio e não por tabela pelos serviços e isso defasava com a inflação absolutamente rápido. O Conasems defendia o pagamento por tabela para todos os prestadores (JAEGER *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 145).

O recuo dos movimentos sociais implicava, além de retrocessos, um espaço de prática política mais fechado, no qual encontros de bastidores e negociações pouco transparentes deram as cartas no jogo político de implantação do SUS.

> O movimento já estava meio cansado, e eu acho que esta onda já começava a afetar, tanto que quando houve os vetos do Fernando Collor de Mello à Lei Orgânica da Saúde, a participação da Plenária já não era tanta. A renegociação que depois redundou na Lei nº 8.142/90 foi uma movimentação mais de bastidores com o relator Geraldo Alckmin, menos participativa (NITÃO *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 136).

Além de repercussões políticas, a desmobilização produziu evidências até no plano discursivo. A Abrasco, por exemplo, publicou um editorial do seu Boletim no final de 1989 mencionando quatro vezes a expressão Reforma Sanitária. A partir daí, a Reforma Sanitária esteve ausente do discurso dessa publicação da entidade, só retornando em meados de 1991. No caso do movimento sindical, o retrocesso não foi menor, nem menos importante:

> Ficou muito mais corporativo, porque tentou salvar a assistência à saúde em outros sistemas, só para sindicalizados. Não estou culpando o movimento sindical, porque o conjunto da sociedade foi retrocedendo nos anos 1990 (SANTOS *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 131).

Como em política não há vácuo, os gestores (Conass e Conasems) ocuparam os espaços e alcançaram um protagonismo maior no processo político da saúde no Brasil. Até mesmo os conselhos de saúde propostos pela Reforma Sanitária para o controle público e democrático do Estado e das políticas de saúde, tiveram de redefinir as suas funções no sentido de homologarem decisões tomadas em outras instâncias:

> No Conselho Nacional de Saúde, em abril de 1991, em nome do Conasems apresento a proposta de criação da Comissão Intergestores Tripartite [...] Para não vir para o conselho tudo que é assunto. Foi uma reunião difícil, pois todo mundo queria participar e nós queríamos que a comissão fosse dos gestores. Ela foi aprovada, mas como o governo não queria abrir as portas do processo, apesar da resolução assinada, ela não é implementada em 1991, nem em 1992 (MEDEIROS *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 133).

Nessa nova correlação de forças, torna-se compreensível a ênfase na dimensão institucional da Reforma Sanitária, ou seja, a implantação do SUS, secundarizando os demais componentes do seu *projeto*. Ao tempo em que a Constituição permitia a incorporação de um terço da população brasileira ao sistema de saúde, o Governo Collor, utilizando-se de expedientes diversos, reduziu em quase a metade os recursos para a saúde. Portanto, não é difícil compreender o "caos do SUS" no seu nascimento, muito menos o sucateamento dos serviços públicos. Ademais, os governos estaduais reduziram também a sua participação orçamentária em saúde, na medida em que passaram a receber transferências de verbas das AIS/SUDS e depois do SUS (MENDES, 1993, 1996).

Foi marcada a 9ª CNS para junho de 1991 com o tema "Saúde: municipalização é o caminho", o mesmo do último Encontro Nacional

dos Secretários Municipais de Saúde, não por mera coincidência. Representava, na realidade, um indicador da força adquirida pelo movimento municipalista na cena política da saúde e, especialmente, o crescimento de um novo ator político em defesa da Reforma Sanitária: o Conasems.

As críticas usuais relacionadas ao tema da municipalização, concentravam-se nos critérios de repasse de recursos, nos atrasos e valores das parcelas de pagamentos, no excesso de formulários e de "burocracia" e na ilegalidade e inconstitucionalidade das portarias. Poucas foram as manifestações que apontavam para o distanciamento do conteúdo dessas portarias em relação à Reforma Sanitária, especialmente no que tange à integralidade da atenção e ao compromisso com as necessidades e os problemas de saúde da população (PAIM, 1992). Portanto, a superação das modalidades de municipalização assumidas pelo governo federal requeria, além de uma retomada das lutas no campo de saúde, uma convocação a todos os que investiam política e tecnicamente na democratização para que contribuíssem, no sentido de elaborar novas reflexões, construir outros paradigmas e experimentar modelos de atenção fundamentados em pressupostos alternativos.

Mesmo sem aprofundar a discussão sobre políticas da época, cumpre registrar que representavam temáticas de alta relevância para a compreensão do "drama estratégico" (TESTA, 1995) do *processo* da Reforma Sanitária Brasileira. Este deparou-se, até 1992, com políticas de saúde que apontavam para o reforço de um projeto conservador, expressão das mudanças do próprio capitalismo:

> A desestatização, pedra de toque da reformulação do capitalismo desde o início dos anos 80, foi inaugurada no Brasil sob o signo da promiscuidade entre empresários e autoridades do Estado (CONTI, 1999, p. 404).

Essas políticas caracterizaram-se pelos seguintes fatos: apoio ao modelo médico-assistencial privatista "reciclado" (expansão da assistência médica supletiva); reforço à centralização decisória a ao

controle burocrático; “operação descrédito” da Reforma Sanitária; municipalização discriminatória (“presente de grego”); implantação distorcida do SUS; privilegiamento da lógica da produtividade nos serviços públicos por intermédio do Sistema de Informação Hospitalar e do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (PAIM, 2002). Assim, apesar da demanda pela 9ª CNS, o governo resistia à sua realização: [1]

> Acho que não havia por parte do Ministro Alceni Guerra nenhuma especial simpatia pela conferência. Tanto que a gente só conseguiu ter certeza de que a conferência iria se realizar quando o Ministro Adib Jatene a assume e banca a sua realização, em 1992.(BARROS *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 138).

O *III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva* e o *I Encontro de Saúde Coletiva do Cone Sul*, realizados em Porto Alegre em maio de 1992, expressaram a indignação da nação frente à crise ética do Governo Collor que repercutia na questão saúde:

> [...] indignação com o aumento da miséria e desigualdades, na vida, na doença e na morte. Indignação face ao recrudescimento de velhas epidemias e a expansão de novas. Indignação com as chamadas políticas de ajuste econômico [...] com a privatização e o desmonte dos sistemas de saúde e de seguridade social; com a corrupção, a incompetência político-administrativa e as ameaças à ordem institucional (CARTA de Porto Alegre, 1992, p.1).

Apesar de tudo, foram elaboradas, no período, as constituições estaduais e as leis orgânicas dos municípios, sancionadas as leis que organizaram o SUS e realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, depois de ser remarcada algumas vezes, contando com um processo de mais de 3 mil conferências municipais e 27 estaduais:

> A conferência ocorreu no momento em que o Collor faz aquela chamada do ‘não me deixem só’ e convocou todo mundo para sair de verde e amarelo e todo mundo saiu de preto. Isso foi exatamente na semana da 9a. CNS, que acabou na quinta e no domingo estava todo mundo de preto na rua. (ESCOREL *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 138).

O movimento municipalista continuava a crescer, ocupando espaços significativos no aparelho estatal da saúde, como atesta a atuação do Conasems:

> Em 1992, quem coordenava a conferência éramos nós e isso dava uma representação clara para o nosso movimento, uma demonstração de crescimento político e da sua importância. (MEDEIROS *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 140).

O relatório final da 9ª CNS pode ser resumido em algumas palavras de ordem: *Fora Collor e Cumpra-se a Lei*. Nessa época, foi instalado o Conselho Nacional de Saúde e realizaram-se experimentos de modelos assistenciais e de organização de serviços na perspectiva da integralidade, através de distritos sanitários, em diversos municípios. Após o *impeachment* do Presidente da República no final de 1992, iniciou-se um novo governo que permitiu retomar certos aspectos do *projeto* da Reforma Sanitária, porém com dificuldades de contornar três crises estruturais referentes ao pacto federativo, à gestão das políticas sociais e da saúde, em particular, e às finanças (FALEIROS *et al*., 2006). Nesse contexto, particularmente diante da questão do financiamento da saúde, o movimento sanitário passou a ter no Ministério Público Federal um novo aliado.

Os instrumentos de atuação conferidos ao Ministério Público, a partir da Lei Complementar nº 75/93, tinham o pressuposto de que o serviço de saúde é um serviço de relevância pública. Esta aliança ganhou, progressivamente, novos contornos. Ainda assim, o discurso sobre a Reforma Sanitária parece esmaecer-se. Nos Boletins publicados pela Diretoria da Abrasco (1991-1993), a expressão Reforma Sanitária só aparece na *Carta de Porto Alegre e de Belo Horizonte*, já citada, e no editorial sobre a revisão constitucional.[2]

Notas

[1] Municipalização será tema da 9a. Conferência Nacional de Saúde. In: Proposta. *Jornal da Reforma Sanitária,* 23, p.8, nov. 1990.

[2] Ver o n. 46, abr.-jun. 1992 e o n. 49, abr.-jun. 1993, respectivamente.

Período Itamar

> Na ótica da equipe real, o Brasil é um país habitado pelo poder econômico e pela moeda. A saúde dos que representam o poder econômico está naturalmente protegida. E agora temos a saúde da moeda. Somos, afinal, um país saudável [...] Dinheiro público é para os juros que mais enriquecem a ciranda financeira (FREITAS, 1994, p. 1-5).

Após a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1992, que denunciou o não cumprimento da legislação sanitária e defendeu a municipalização da saúde, o novo governo efetuou esforços para a descentralização das ações e serviços de saúde, consubstanciados na Norma Operacional Básica 01/93, com o apoio do Conasems:

> Nesse ponto, foi importante a vinda do Gilson Carvalho, secretário municipal de saúde de São José dos Campos/SP, para o Ministério da Saúde, por indicação do Conasems [...]. Nesse processo o Conasems foi extremamente importante e tem outros secretários que foram fundamentais nesse percurso. E é importante ressaltar que ai surge a Frente Parlamentar da Saúde, independente de partidos políticos, que discute as propostas de saúde e seguridade (JAEGER *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 145)

Esta Norma estabeleceu diferentes condições de gestão (incipiente, parcial e semi-plena) para permitir a transição de uma situação em que os municípios eram tratados como meros prestadores de serviços para uma fase de municipalização plena, prevista pela legislação. Houve avanços no sentido da descentralização e da participação da comunidade, além da expectativa de que os conselhos de saúde poderiam implicar novas práticas contrárias ao clientelismo, troca de favores, nepotismo e formas patrimonialistas (FALEIROS *et al.*, 2006). O funcionamento dos conselhos era um dos requisitos para o repasse de recursos, podendo ser um espaço de constituição de sujeitos: "foi no conselho, como sindicalista, que eu aprendi a negociar, a ouvir, a ponderar, a fazer acordos naquilo que era possível e não naquilo que era o desejável" (DRUMMOND *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 133).

A Plenária de Saúde representou um espaço para a defesa do SUS, articulando atores e apoiando a descentralização pela via da NOB/93, conforme o seguinte depoimento:

> Foi um momento muito interessante por seu poder de decisão e de mobilização, porque muitas das pessoas que vinham representando a Plenária eram também membros de secretarias de saúde, eram profissionais de saúde enquanto representantes de categorias profissionais. Então, no movimento da saúde é muito difícil dizer onde começa o movimento social, onde começa o movimento dos profissionais, onde está o movimento de gestores, porque tudo sempre foi muito imbricado (BARROS *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 147).

Não obstante o passo adiante efetuado no âmbito setorial para a implementação do SUS, a NOB-93 permaneceu ainda distante do marco legal, pois não valorizou a integralidade, nem investiu no redirecionamento do modelo de atenção. Enquanto isso, a saúde via-se ameaçada pela proposta de *revisão constitucional*. Se o movimento sanitário foi capaz de neutralizar as iniciativas, no sentido de "desconstitucionalizar" a saúde na revisão constitucional, não teve força para impedir duas outras ameaças: a implosão da Seguridade Social e a utilização da saúde nas barganhas político-partidárias. O SUS

enfrentou-se com o seqüestro dos recursos da saúde pelo Ministério da Previdência (Antônio Britto), apoiado pelo Ministério da Fazenda de então (Fernando Henrique Cardoso), com as pendências jurídicas, sonegação e adiamento do pagamento da Contribuição Financeira para a Seguridade Social (Cofins) pelos empresários, enfim, com o recrudescimento da "operação descrédito" capitaneada pelo próprio governo por intermédio da "área econômica".

Ao assumir o Ministério da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso (FHC) teria sido alertado para os problemas que o setor saúde enfrentaria, mas aceitou a decisão do seu colega, Ministro da Previdência. Decidira que os repasses seriam feitos pela Secretaria do Tesouro, mas os atrasos consecutivos causaram uma perda de US$ 5,3 bilhões para o SUS. Ouvidos pela imprensa, Antônio Britto afirmou que "foi uma decisão do governo", enquanto FHC, então candidato à Presidência da República, declarou, através de sua assessoria, que não tentou impedir a decisão porque "era uma coisa do Britto".[1] Tal encaminhamento, entretanto, mereceu crítica do então deputado José Serra, integrante do mesmo partido do Ministro da Fazenda. Serra considerou um "erro grave" a não-transferência dos recursos da seguridade social para a saúde, lembrando a redução da participação das despesas com assistência médica (Inamps) no total das despesas da previdência de 28% em 1991 para 15%, em 1992. Assim, os gastos federais em saúde diminuíram de US$ 8.494 bilhões, em 1990, para US$ 5.413 bilhões em 1992. (FALEIROS *et al.*, 2006).

Entretanto, alguns fatos novos ocorridos nesse momento pareciam reforçar o SUS: influência da sociedade civil na política de saúde através do Conselho Nacional de Saúde, bem como nos conselhos estaduais e municipais; municipalização da saúde, reconhecendo a diversidade das situações (NOB-93); experimentação de modelos assistenciais alternativos por governos estaduais e municipais; reativação de certos movimentos da cidadania (luta contra a fome e a miséria, defesa da vida e contra a violência etc.). O caráter contraditório da composição de forças do governo Itamar pode ser ilustrado pelo fragmento registrado a seguir:

> No Governo Itamar, se por um lado o Ministério da Saúde tentou retomar a doutrina original do SUS, inclusive extinguindo o INAMPS, o Ministério da Previdência, em conivência com as autoridades econômicas (as mesmas de hoje), implodiu olímpica e impunemente o conceito de Seguridade Social e remeteu novamente o Ministério da Saúde à condição de pedinte (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 89).

Nesse período, observava-se a expansão da assistência médica supletiva (AMS), com diversificação de planos de saúde para os consumidores e diferenciação de modalidades de compra e de pagamento dos serviços médicos, além das pressões da indústria farmacêutica.[2] O ministro da saúde, Jamil Haddad chegou a denunciar uma campanha para desestabilizá-lo, acusando a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (Abifarma) como mentora dessa ação.[3] Verifica-se, também, um loteamento dos chamados cargos de confiança entre partidos, facções e grupos políticos, no âmbito e o uso da saúde nas barganhas políticas, ameaçando a credibilidade do SUS perante os trabalhadores de saúde e a população, ao ponto de atingir áreas de grande importância como a vigilância sanitária (SOUTO, 2004) e as internações hospitalares:

> No período em que estive no Inamps, pouco antes de sua extinção coordenada pelo Carlos Mosconi, eu atendia, na maior parte do tempo, a deputados e governadores, basicamente para auxiliar na aprovação de emendas parlamentares de obras e empreitadas e aumento do número de AIH, geralmente com fins eleitorais. (GUEDES *apud* FALEIROS, 2006, p. 147).

Parte do setor privado contratada pelo SUS (profissionais credenciados e os hospitais e clínicas não competitivos no mercado) criticava o governo face aos valores pagos por procedimentos. Já os médicos credenciados pelo seguro-saúde e por outras formas de AMS enfrentaram-se com a SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), vinculada ao Ministério da Fazenda, sendo acusados de cartelização pelo uso da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) e pressionados pelas empresas a racionarem atos e conterem os preços dos serviços prestados.

Houve redefinições no movimento sanitário, particularmente na sua composição e no protagonismo de cada segmento, aparecendo inclusive outras denominações como “movimento da saúde”, ou “movimento pelo direito à saúde” (FALEIROS *et al.*, 2006). Qual força social seria contra esse direito humano? A questão colocada era como realizá-lo, mantendo os interesses cristalizados no sistema de saúde e a ordem social capitalista que atribui valores distintos de uso e de troca entre os seres humanos. A distinção de movimento social em relação aos movimentos de gestores e de profissionais não estaria insinuando ritmos e compromissos diversos em relação à Reforma Sanitária? Tome-se como ilustração a extinção do Inamps:

> A tramitação da lei de extinção do Inamps no Congresso Nacional foi um momento importante da Plenária. Merecia que alguém escrevesse uma tese. A Plenária foi importante porque mobilizou, coletou dados, informou, chamou pessoas para audiências públicas. Foi um momento fantástico porque, claramente, a grande resistência à extinção do Inamps encontrava-se no setor privado [...]: a aliança que se construiu no Congresso Nacional entre os auditores do Inamps e aqueles que eram auditados pelo Inamps, articulados contra a extinção do Inamps. (BARROS *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 147).

Se até mesmo a extinção de um órgão, prevista desde 1985, exigia esse tremendo esforço da Plenária e dos parlamentares comprometidos com a construção do SUS, que dizer do arco de forças necessário para sustentar, politicamente, um *projeto* com a ousadia da RSB?

Portanto, o caso do Inamps é emblemático para compreender as dificuldades do *processo* da Reforma Sanitária, numa sociedade com as características da brasileira e num Estado patrimonialista no qual, apesar da existência de um Parlamento e de partidos políticos, o Presidente reina quase como um imperador:

> Quando o Itamar assume, o Henrique Hargreaves me comunicou que o presidente mandou me convidar para ser presidente do Inamps. Aí eu disse: ‘Olha, eu tenho dificuldade em aceitar, porque não sou favorável ao Inamps. Eu gostaria de extinguir o Inamps’. [...] Aí eu disse que o Inamps era

> incompatível com o SUS e o Hargreaves me disse para explicar isso ao Presidente Itamar. Fui, expliquei e, mesmo assim, o Itamar Franco me convidou. [....] O Jamil Haddad [...] em virtude desse fato me disse para a gente ir mais devagar 'com esse negócio', e aí eu disse: se a gente for devagar dura 100 anos, se a gente acelerar dura 10, 20. [...] O presidente Itamar Franco, de imediato pediu para prepararmos o ato de extinção. [...] O líder do governo era o Roberto Freire que escolheu o Sérgio Arouca como relator. E aí conseguimos emplacar a morte do Inamps. Mas o féretro foi dramático. (MOSCONI *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 147).

Quando a Câmara dos Deputados aprovou a extinção do Inamps, contrariando interesses dos auditores, burocratas e partidos clientelistas, esses mesmos atores que se beneficiavam com as suas distorções saíram a campo para defendê-lo, denunciando que tal medida representava uma "queima de arquivo", ou seja, "o Inamps teria sido usado como bode-expiatório do caos do sistema de saúde".[4] Essas pressões não se resumiam às ameaças por telefone, às críticas de setores da imprensa, nem às vaias durante sessão do Congresso, ao deputado Sérgio Arouca, relator do substitutivo do Projeto de Lei No. 3716/93 (do Poder Executivo), apresentado em 12/5/93. Tinham como propósito fazer com que esse organismo, como Fênix, surgisse das cinzas (MENDES, 1993), reproduzindo o SUS à sua imagem e semelhança. Aliás, isso já era anunciado em cartão de Natal afixado nos elevadores: "Um Feliz Natal e um Próspero Ano Novo e que o espírito da nossa imorredoura instituição permaneça". (GOULART *apud* FALEIROS, 2006, p. 148). A sigla SAS e as suas práticas institucionais, seja como Secretaria de Assistência à Saúde, seja como Secretaria de Atenção à Saúde, nos governos seguintes demonstram a persistência desse "morto-vivo" na conformação dos modelos assistenciais do SUS.

Foi proposto o Fundo Social de Emergência (FSE) que, na realidade, era "um fundo de estabilização, criado com o único propósito de realizar a desvinculação de parte das receitas constitucionalmente voltadas para as políticas sociais" (MARQUES; MÉDICI, 1994, p. 2). Foi apresentado pelo governo sob o pretexto de atender áreas como

saúde, educação e previdência. Depois de enganar deliberadamente a opinião pública, o governo seguinte deu ao dispositivo o nome devido – Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), posteriormente conhecido como Desvinculação de Recursos da União (DRU). Mas desde aquela época tais recursos eram utilizados para outros fins. O deputado federal Sérgio Arouca descobriu que o governo usava parte do FSE para pagamento de despesas administrativas e de pessoal, até mesmo para pagar uma dívida de US 43 milhões do Itamaraty com a ONU.[5]

Enquanto isso, o Ministério da Previdência deixava de passar os recursos da saúde para o SUS, como foi mencionado anteriormente.[6] Nesse episódio aparentemente cômico, se não fosse trágico, o governo jogava os velhinhos e as viúvas contra os doentes e o SUS. O ministro Antônio Britto propunha receita específica para a Saúde, quebrando a concepção solidária da Seguridade Social.[7] Os juros da dívida do governo alimentavam a "ciranda financeira" e comprometiam os orçamentos da educação e saúde. Mas o ministro da fazenda, Fernando Henrique Cardoso, querendo "ajudar o Brasil" e declarando não pensar na candidatura à Presidência da República afirmava, olimpicamente, que o Tesouro não podia sustentar a saúde dos brasileiros:

> O Tesouro não tem como sustentar a saúde. [...] Não temos interesse em perseguir ou privilegiar qualquer área, mas eu não posso pagar o que eu não tenho. A inflação reflete desordem e nós temos de dar um jeito na casa. [...] Não penso em candidatura. Quero só ajudar o Brasil. Se fizer meu trabalho bem feito, já está bom.[8]

Este era o clima político no momento do ajuste macroeconômico, traduzido pelo plano de estabilização conhecido com Plano Real. Quando a saúde da moeda importava mais que a saúde do povo, restava apenas a indignação. Ainda assim, o governo Itamar tem sido considerado na história do SUS como aquele que declarou, publicamente, "a ousadia de cumprir a lei" (BRASIL. Ministério da Saúde, 1993), além de produzir os seguintes fatos políticos: extinguiu formalmente o Inamps, desenvolveu uma interlocução com os movimentos sociais, fez avançar a descentralização com a NOB 93,

criou o Programa de Saúde da Família (PSF) e iniciou a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, medicamentos genéricos e regulação do sistema de assistência médica suplementar (PAIM, 2003b). De acordo com o Decreto nº 1232, assinado em 30/8/94 pelo presidente Itamar Franco, os planos e seguros de saúde teriam de ressarcir o SUS pelo atendimento dos seus associados ou beneficiários em unidades públicas de saúde.[9]

> Com Itamar, há um novo bloco histórico, com aliados do movimento que ocupam lugares em instâncias decisivas do Estado, configurando-se na área da saúde, uma correlação de forças favoráveis que possibilitam o trânsito do movimento no interior do poder do Estado, mas não eliminam as contradições inerentes ao pacto federativo. [...].O Conselho Nacional de Saúde se consolida e pode apresentar suas propostas institucionalmente, com grande produtividade de decisões que abrangem setores excluídos como o da saúde indígena (FALEIROS, *et al.*, 2006, p. 150).

Sem negar esses fatos, a posição do Cebes ressaltava que nada disso correspondia à Reforma Sanitária, indagando se o problema era da *proposta* "ou das conjunturas políticas nacionais tão adversas?" (EDITORIAL, 1994, p. 3). Essa conjuntura foi exaustivamente discutida durante o IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em Olinda/Recife, de 19 a 23 de junho de 1994, tendo com tema central *O feito, por fazer*. Naquela oportunidade, foi lançada a Carta de Pernambuco sobre a Saúde no Brasil.[10]

No documento apresentado no IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, o Cebes fez uma análise contemplando a questão social e as políticas públicas, a Reforma Sanitária e o SUS, o desfinanciamento da saúde, criticando o pagamento por produção, a não-descentralização e o "sistema de saúde paralelo". Examina três questões críticas – a reforma democrática do Estado Brasileiro; a parceria solidária entre profissionais e usuários em uma nova ética da função pública e a solidariedade; finalizando com a apresentação de 10 propostas, entre as quais a defesa dos medicamentos genéricos e a adoção de uma Política Nacional de Recursos Humanos. Nesse texto que,

sintomaticamente, menciona cinco vezes a expressão Reforma Sanitária, a entidade propunha a elaboração de um documento para servir de referência na discussão dos programas de governo para as eleições daquele ano (CENTRO BRASILEIRO..., 1994). No mesmo número da *Saúde em Debate* em que foi publicada a Carta, foram divulgados os programas dos candidatos Lula (Frente Brasil Popular), Fernando Henrique Cardoso (PSDB/PFL), Orestes Quércia (PMDB) e Leonel Brizola (PDT). Em editorial, o Cebes reconhecia um longo percurso para a consecução da Reforma Sanitária Brasileira:

> O próximo governo federal, na melhor das perspectivas, extremamente afinado com a proposta de Reforma Sanitária, não conseguirá em quatro anos virar de cabeça para baixo o retrato da saúde que hoje temos frente a nossos olhos. Poderá, sim, sem dúvida iniciar o caminho da transformação de forma tal a torná-lo permanente. [...]. Aí está, portanto, um excelente momento para refletir sobre a proposta da Reforma Sanitária e reorganizar o movimento sanitário na defesa de candidaturas efetivamente comprometidas com uma mudança no quadro de exclusão social e miséria extrema que caracteriza o país e no quadro de universalização excludente que caracteriza o setor saúde Convidamos todos aqueles, comprometidos com o ideário da Reforma Sanitária, a adotar uma postura aberta, mas alerta, e a não hesitar em refletir, criticar e cobrar diuturnamente a aplicação das propostas de governo do então candidato Fernando Henrique (EDITORIAL, 1994, p. 3).

Portanto, não foi por falta de esperança, análise crítica, proposições e "postura aberta" que o *processo* da Reforma Sanitária continuaria encontrando dificuldades no governo seguinte. Para além do *otimismo da vontade* dos militantes da saúde certamente havia obstáculos estruturais na sociedade requerendo uma análise mais acurada.

Notas

[1] Notícia veiculada na *Folha de São Paulo*, de 24 jul. de 1994, com o título *Técnicos culpam Britto pela crise na Saúde: ex-ministro suspendeu repasses da Previdência*.

[2] Notícia veiculada na *Folha de São Paulo,* de 24 maio de 1992, com o título *Saiba como escolher o seu seguro-saúde*.

[3] Notícia veiculada em *A Tarde,* de 29 maio 1993. p. 10., sob o título *Jamil acusa Abifarma de conspirar para derrubá-lo*.

[4] Declaração do então deputado do PFL do Paraná, Reinhold Stephanes, publicada na *Folha de São Paulo,* de 17 jun. 1993, sob o título *Extinção de órgão é aprovada pela Câmara*.

[5] Publicado na *Folha de São Paulo,* em 11 jul. 1994. p. 1-6.

[6] Publicado em *A Tarde,* de 12 jun. 1993. p. 1, sob o título de *Previdência sem dinheiro para a saúde*.

[7] Publicado na *Folha de São Paulo,* em 12 jun. 1993, p. 1-4, sob o título de *Previdência afirma que bloqueio não é ilegal*.

[8] Publicado em *A Tarde,* de 20/6/93 sob o título de *Cardoso vê excesso nos gastos da Saúde*. Ver também: *Itamar evita interferir em crise na área de saúde* publicado na *Folha de São Paulo,* em 31 ago. 2004. p. 3-4.

[9] Publicado em *A Tarde,* 1 set. 1994.

[10] Esta Carta se inicia e conclui com versos de poetas compositores como Milton Nascimento, "Se muito vale o já feito, mais vale o que será" e Alceu Valença: "Uma Nação solidária, sem tudo que nos separa, sem preconceitos, tomara, uma Nação como nós".

Período FHC

> Quero registrar também que sempre fui adversário da tese de que a política é a arte do possível. Para mim é a arte de ampliar os limites do possível, ou seja é a arte de avançar no impossível.[1]

Em sua primeira entrevista coletiva, depois de eleito, o Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) declarou que iria priorizar educação e saúde (DIMENSTEIN, 1994). Mas a implantação de mais um plano de estabilização econômica no ano anterior - o Plano Real, teve desdobramentos com um conjunto de políticas de ajuste macroeconômico e um elenco de projetos de Reforma do Estado, produzindo resultados contrários ao pacto construído pela Constituição de 1988. Assim, da perspectiva econômica, o governo FHC pode ser considerado uma continuidade dos governos Itamar e Collor:

> O cidadão, sujeito de direitos, passou a contribuinte-cliente, com pouca voz e nenhum voto nas agências reguladoras e pouco poder nos conselhos. A defesa da competitividade foi o eixo do discurso oficial e da legislação aprovada (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 61).

Primeiro mandato

Depois de serem pensados para ministro da saúde os políticos José Serra e Ciro Gomes foi indicado, finalmente, o Prof. Adib Jatene, conforme revelou posteriormente o próprio Presidente:

> Diante da recusa de Ciro em ocupar o Ministério da Saúde, inclinei-me por Adib Jatene, que fora ministro na fase final do governo Collor. Não apenas um grande cirurgião, Jatene era conhecedor do Orçamento da República, grandemente respeitado e batalhador (CARDOSO, 2006, p. 253).

No início do governo o Cebes já alertava: O SUS SOB AMEAÇA. (EDITORIAL, 1995b, p. 1). Convocou todas as entidades para reorganizar as plenárias estaduais e nacional de saúde pois, além pretender modificações profundas na Seguridade Social, o governo propunha remeter para a legislação ordinária a definição de que saúde é direito de todos e dever do Estado, ameaçando a gratuidade do SUS. Este "estado de alerta" pela saúde foi, também, anunciado pelo Conasems e pela Abrasco.[2]

No que tange à Seguridade Social, a tônica era a desconstitucionalização, radicalizando o desmonte desse conceito avançado, fundamentado nos direitos sociais universais e na cidadania como princípio orientador da proteção social. Se no governo Collor esta intenção era simbolizada pela denominação de uma autarquia – Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) –, o governo FHC restaurou o caráter de seguro ao sistema de proteção social mediante projeto de emenda constitucional. Encaminhou ao Congresso no final de março de 1995, estabelecendo um "dispositivo que assegura apenas aos benefícios de caráter previdenciário, dependentes de contribuição, o piso de um salário mínimo".[3]

Não por acaso, o primeiro número da revista do Cebes nesse governo teve como capa o tema "Seguridade Social: é hora de agir!" e no seu editorial utilizou dez vezes a expressão Reforma Sanitária, inclusive no sentido de distingui-la de outras conotações:

> O CEBES entende que é hora de se parar de atuar apenas reativamente às políticas governamentais e retomar o nosso projeto original da Reforma sanitária com radicalidade. Afinal, já faz tempo que descobrimos que o *nosso* SUS não é o *deles* [...] Não devemos simplesmente buscar o consenso, mas, principalmente, recompor alianças entre aqueles realmente comprometidos com a melhoria das condições de vida e de saúde da população brasileira, em torno de propostas concretas, consistentes e conseqüentes com o ideário da Reforma Sanitária. (EDITORIAL, 1995b, p. 3).

As duas frentes de luta sugeridas naquela oportunidade – recuperação dos princípios da Reforma Sanitária e o acompanhamento da implantação do SUS – não foram, todavia, suficientes para enfrentar os dois grandes projetos do governo FHC: o ajuste macroeconômico e a Reforma de Estado. Além de determinarem a implementação tortuosa do SUS resultaram em mais desajuste social com desemprego, violência e piora das condições de vida e de saúde (SOARES, 1999). Não por acaso, o Conselho Nacional de Saúde reconheceu em outubro de 1995 a violência como questão de saúde pública (FALEIROS *et al.*, 2006).

No primeiro semestre do novo governo, dois grandes temas eram recorrentes nos debates das políticas de saúde: a questão do financiamento e as repercussões das políticas econômicas sobre as condições de vida e saúde da população. Desde esse momento foi apontada a necessidade de convocação da *X Conferência Nacional de Saúde* para o avanço da Reforma Sanitária Brasileira, desde que não se resumisse a apenas "um fórum de mobilização ou de reiteração da doutrina e do atual quadro jurídico legal do setor" (EDITORIAL, 1995b, p. 3).

Quando o Real completava um ano o principal problema das grandes cidades brasileiras era a crise no sistema público de saúde.[4] Enquanto isso, segmentos da classe média e dos trabalhadores de melhor nível de renda migraram para o seguro-saúde e outras formas de assistência médica supletiva (AMS) na medida em que se deterioravam os serviços públicos de saúde e a mídia desqualificava os esforços de

construção do SUS. Já os demais cidadãos brasileiros usuários do SUS, apesar do direito à saúde estabelecido na Constituição, eram repelidos no cotidiano dos serviços de saúde pelas filas, maus-tratos, burocratização, humilhações, greves e baixa qualidade dos serviços.

Nesse contexto, foram identificados distintos projetos políticos para a saúde disputando a hegemonia na sociedade brasileira: o projeto conservador (reciclado pelo neoliberalismo) que trata a saúde e a doença como mercadorias na dependência do poder de compra do consumidor e orienta os serviços públicos para os pobres, preferencialmente por intermédio de uma "cesta básica"; o projeto da Reforma Sanitária, respaldado pela Constituição e pelas leis em vigor, baseado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle democrático na medida em que assume a saúde como direito social inerente à cidadania; e o projeto denominado "reforma da reforma", que para uns significava a reconstrução de sistemas públicos de saúde na perspectiva do planejamento, da gestão e de práticas médico-sanitárias comprometidas com novos modelos de atenção (CAMPOS, 1992), e para outros supunha a correção de certas debilidades gerenciais e do modelo assistencial (MENDES, 1996, 2001), visando a reatualizá-lo em função da reforma do Estado e da flexibilização:

> Mudou o mundo e mudou o Brasil [...] O SUS não tem sido capaz de acompanhar essas transformações. O sistema de crenças coletivas que sustentou a reforma sanitária brasileira já não tem força para movimentar as profundas correções de rumo que o sistema solicita (MENDES, 1996, p. 12).

No que pese essa situação, o Ministério da Saúde declarava, em documento preparado para uma reunião sobre Reforma Setorial em Saúde promovida por organismos internacionais (OPAS, BID e Banco Mundial), que o *processo* da RSB apresentava peculiaridades, distinguindo-se do que estava acontecendo com a maioria dos países pelos seguintes motivos:

> As bases para o desencadeamento e sustentação do processo foram e continuam sendo essencialmente político-ideológicas, enquanto em diferentes países a motivação foi, principalmente, de contenção e eventual redução de gastos e de custos [...]; os princípios e diretrizes norteadores do processo foram concebidos no seio do próprio setor [...], não tendo sido, portanto, determinados por um processo de reforma global conduzido pelas elites dirigentes do Estado [...] o processo de reforma setorial tem se mostrado consistente, em constante amadurecimento e aperfeiçoamento, apesar das muitas alterações dos corpos dirigentes [...]; a grande articulação, alcançada pelo setor, envolvendo Secretários de Saúde, profissionais da área e representantes da sociedade civil organizada, com formalização de foros privilegiados para discussão, negociação, participação e controle social (BRASIL. Ministério da Saúde, 1995, p. 9).

A acuidade dessa distinção contrastava, todavia, com os caminhos tortuosos que o governo impunha ao SUS, procurando subverter ou demolir o arcabouço legal construído pela Reforma Sanitária. Assim, o movimento sanitário defendia "uma nova cultura da saúde e de novas práticas que atendam às necessidades sociais e epidemiológicas e ofereçam condições de pleno exercício e realização profissionais" (EDITORIAL, 1995-1996, p. 4). A despeito dos avanços institucionais, as condições sanitárias e as instituições de saúde enfrentavam uma grave crise:

> No centro deste processo do setor saúde encontramos a política econômica de cunho neoliberal implementada pelo governo federal e parte dos governos estaduais. Imposta por países e organismos internacionais e pela elite financeira nacional, desenvolve-se esta nefasta política que produz: dependência e endividamento interno e externos, empobrecimento, desemprego, quebra de direitos trabalhistas, exclusão social, violência, doença e morte. Sob o discurso da 'modernização' estabelece-se, de fato, o 'Estado mínimo' para as políticas sociais, e o 'Estado máximo' para o grande capital financeiro nacional e internacional. Esta é a lógica [...] do atual projeto de Reforma Administrativa e do Estado (CARTA da 10a CNS, 1996, p. 1).[5]

Em outro documento distribuído naquela conferência, foram apresentadas posições e propostas para o avanço do *projeto* da Reforma Sanitária e para a implementação do SUS. Questionando a proposta de "minimalização do Estado", defendia uma Reforma do Estado como um processo profundo de "publicização", entendido como predomínio do interesse público "independentemente do caráter estatal ou não das instâncias que realizam atividades de promoção do bem-estar".[6] Além da questão da Reforma do Estado o documento propunha os seguintes tópicos para inclusão na agenda: gestão pública e a organização do trabalho em saúde; modelo assistencial; financiamento; radicalização do processo de descentralização; e controle social.

Assim, a 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996, representou uma oportunidade para as entidades e 1.400 delegados, reunidos na Plenária denunciarem o desmonte da máquina pública e exigirem a manutenção da Seguridade Social, "incluindo solidariamente Saúde, Previdência e Assistência Social" (CARTA da 10ª Conferência Nacional de Saúde, 1996, p. 1). Mesmo com as contribuições do Cebes,[7] de parlamentares, partidos e movimentos populares de saúde em defesa da RSB, o relatório final da 10ª. CNS não mencionava, uma vez sequer, a expressão Reforma Sanitária, tal como ocorrera na 9ª CNS, no tempo do Collor.

O movimento sanitário continuava em baixa, seja pelas dificuldades financeiras enfrentadas pelo Cebes, seja pelo direcionamento da Abrasco para o âmbito da pesquisa e pós-graduação. Até mesmo nos editoriais da Revista *Saúde em Debate* a expressão Reforma Sanitária esteve ausente nos outros números de 1996 (Nºs, 51 e 52) e em 1997 e 1998 a revista deixou de circular devido a dificuldades financeiras. Os avanços positivos em relação à RSB consistiram na institucionalização de formas de participação, com a ampliação dos conselhos de saúde e das plenárias, possibilitando o diálogo entre representantes do Estado e da sociedade:

> As plenárias não se situam a partir da sociedade em relação a demandas ao Estado, mas como espaço de lutas e

propostas, de pressão e de encaminhamentos, de dúvidas e esclarecimento, onde o conflito pode se expressar (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 174).

O protagonismo conquistado nessa época pela Plenária Nacional de Saúde pode ser ilustrado pela Carta de 13/9/95, com duras críticas ao Governo FHC, entre as quais a implosão da concepção de seguridade social, como se verifica a seguir:

> [...] as propostas de emendas constitucionais que são conhecidas como 'reforma da previdência', na sua essência, institucionalizam a extinção da Seguridade Social e de seu instrumento principal, o Orçamento da Seguridade Social.[8]

Esse processo, iniciado com o Presidente Collor ao criar o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e ratificado pelo Presidente Itamar, ao permitir que seu Ministro da Previdência seqüestrasse os recursos da saúde, foi radicalizado pelo Presidente Fernando Henrique ao restaurar o modelo de seguro social, no sentido contrário ao estabelecido pela Constituição da República. Ainda que o movimento sanitário tenha-se mantido articulado durante o primeiro mandato desse Presidente, continuou exibindo ambigüidades:

> Na verdade, o que está se passando é uma relegação da própria doutrina da Reforma Sanitária, pelos próprios integrantes do movimento, que, após a aprovação da base jurídico legal, passaram a tratar apenas do SUS, esquecendo-se que este é apenas uma estratégia de um projeto maior de democratização da saúde, que inclui a questão da intersetorialidade e a mudança da cultura médica e tecnológica vigente que associa qualidade ao consumo de tecnologia sofisticada (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 90-91).

Seria mesmo um "esquecimento" do movimento da democratização da saúde ou um real deslocamento das bases político-ideológicas da RSB na década de noventa? Com o recuo dos movimentos sociais (inclusive os vinculados ao projeto da RSB), quando a própria Abrasco priorizava a sua legitimação junto ao Estado, através da Capes e do CNPq, e muitos militantes resignaram-se com "a arte do possível", o espaço político

passou a ser ocupado por gestores desde o governo Collor. Secretários de saúde têm de enfrentar demandas políticas e assistenciais de curto prazo e enquanto meros auxiliares de prefeitos e governadores tendem a expressar lealdades, de um modo geral, com as forças partidárias que lhes indicaram e com o governante eleito do que com as necessidades de saúde da população.

Até a Plenária Nacional de Saúde que representava um espaço de possibilidades para o exercício da contra-hegemonia, interrompeu as suas atividades em 1995, sendo substituída pela Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, criada no Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, em 25 de abril do mesmo ano na cidade do Salvador (FALEIROS *et al.*, 2006). Na medida em que o *movimento* se transformava cada vez mais em *sistema*, reduzia a sua dimensão instituinte, reforçando o elemento instituído, tal como se pode constatar nas observações de um integrante do Ministério Público:

> O Movimento dos Sem-Terra, que discute o acesso à terra tem uma relação crítica com o direito, porque entre outras coisas eles dizem 'lei injusta não é lei, o direito injusto não é direito, o acesso à terra é algo maior do que uma norma escrita pelo parlamento, que é feita por grandes latifundiários'. Então, eles têm uma posição tensa e crítica com o direito e são um movimento social de vanguarda. [...] O movimento sanitário considera a lei uma vitória, enquanto outros movimentos sociais têm a lei como adversária. (JAQUES *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 195).

Essa contradição entre legalidade e legitimidade vivida pelo movimento sanitário, segundo o citado promotor, terminava por atiçá-lo no "vagão normativo, cheio de papel, uma espécie de face triste do direito". Este possível atraso do movimento sanitário estaria ligado a uma "perspectiva inocente do direito" que outros movimentos sociais já não teriam.

Na realidade, quando um *movimento* se reduz ao *sistema* de um Estado patrimonialista e cartorial como o brasileiro, comprometendo o espaço de reserva crítica, só faz reforçar a seletividade estrutural do Estado capitalista. Obviamente que, para um sujeito coletivo que

tanto lutou na trincheira legislativo-parlamentar para imprimir na Constituição o direito à saúde, para ver sancionada a Lei Orgânica da Saúde e, nos anos seguintes, para impedir o desmonte desse arcabouço legal pelos governos que apostaram em políticas neoliberais, torna-se compreensível a adoção de um discurso jurídico legalista. Mas esta não parece ser a questão central. O problema maior pode ser o de abrir mão da sua dimensão instituinte, resignando-se com o instituído e reduzindo uma reforma social do porte da RSB a uma mera questão administrativa de financiamento e gestão.

Não obstante, as dificuldades encontradas na implantação do SUS, diante do subfinanciamento e do clientelismo político-partidário, ocorreu uma extensão de cobertura de serviços de saúde para a população brasileira. Esta foi a conclusão de diversas entidades médicas e dos conselhos de secretários estaduais e municipais de saúde reunidos em São Paulo, após a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde:

> Ainda que o sistema que temos hoje distancie-se daquele que foi consagrado na 'Constituição Cidadã', sua existência é essencial num País que apresenta enormes disparidades regionais e sociais [...]. Portanto, aos que tentam apresentar o SUS como modelo falido de atenção à saúde, respondemos com experiências vitoriosas apresentadas na X Conferência Nacional de Saúde que comprovaram que 'onde deu SUS, deu certo' [...]. Nesse sentido, impõe-se a manutenção do princípio do conteúdo constitucional da seguridade social, incluindo-se solidariamente a saúde, previdência e assistência social. A reforma da saúde já ocorreu e está na Constituição Brasileira. Cabe cumpri-la.[9]

Nesse quadro, distintas concepções ou projetos de SUS configuravam-se na realidade brasileira. Além do *SUS formal*, expresso na legislação e nas normas em vigor, e do *SUS democrático*, derivado do *projeto* da Reforma Sanitária e coerente com as proposições políticas formuladas pelos movimentos sociais e pelas conferências de saúde, surgem com força crescente: o *SUS para pobres*, centrado numa "assistência primitiva de saúde" mediante focalização, tal como

recomendava o Banco Mundial para mitigar os efeitos perversos das políticas de ajuste macroeconômico; e o *SUS real*, refém dos desígnios da chamada "área econômica", do clientelismo e da inércia burocrática que, a cada momento, amplia os espaços do mercado para o seguro-saúde e os chamados "planos de saúde" (PAIM, 1996). Este *SUS real*, expressão do domínio do Plano Real sobre a economia, o Estado e a sociedade, configurava uma "contra-reforma", urdida nos laboratórios do governo federal e fortalecida com a demissão do Ministro Adib Jatene e indicação do novo ministro. No editorial do Jornal do Conselho Federal de Medicina constava a seguinte informação:

> O novo ministro da Saúde, Carlos César Silva de Albuquerque, recebeu uma ordem taxativa do presidente Fernando Henrique Cardoso: cirurgia no Sistema Único de Saúde (SUS) [...]. O Presidente está convencido de que o principal problema do sistema é falta de gerenciamento e não de recursos.[10]

Se a questão do SUS reduzia-se ao gerenciamento, a opção do governo foi trazer para o Ministério a experiência de gestão do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que se transformara em Empresa Pública de Direito Privado. Nas palavras do então Presidente:

> Jatene resolveu deixar o governo em novembro de 1996. Estava insatisfeito com as restrições orçamentárias ao uso das verbas que ele obtivera por ter batalhado fortemente, desde o governo anterior, em favor do novo imposto que se tornaria a CPMF, destinado a financiar os gastos de sua área. Com a ajuda de Vilmar Faria, trouxemos para o cargo um médico que se notabilizara na administração hospitalar em Porto Alegre (CARDOSO, 2006, p. 258).

Com um novo ministro e uma séria crise no setor, o governo recebia os protestos da corporação médica. Segundo o jornal do CFM, este ministro era observado pelo "núcleo do poder palaciano", ou seja, os ministros Paulo Renato (Educação), Antônio Kandir (planejamento), Bresser Pereira (Administração e Reforma do Estado) e o senador José Serra.

> Saem os médicos. Entram os economistas. A visão gerencial e economicista da Saúde deixam de ser exclusiva da equipe econômica. Passou a ser um dogma de governo, com a Presidência e os ministros da Fazenda, Administração, Saúde e Planejamento [...]. O novo ministro da Saúde é médico, mas sua porção administrador é a mais influente, ativa e praticada. Ele vem para aplicar um novo modelo de Saúde, que sabidamente, não estará no controle e formulação final de sua pasta.[11]

Nessa época, o Ministro da Administração e Reforma do Estado defendia a descentralização do SUS e a "competição administrada" entre os fornecedores de serviços de saúde com a seguinte argumentação:

> Com a implantação desse novo sistema de administração do SUS ficará demonstrada mais uma vez uma idéia fundamental: para melhorar os serviços sociais do Estado brasileiro, sem dúvida, os recursos são escassos, mas mais escassa ainda é a capacidade administrativa de geri-los. [...] O aumento da autonomia dos administradores hospitalares, no caso dos hospitais estatais, só será viável através do projeto que prevê sua transformação em organizações públicas não estatais (organizações sociais) (BRESSER-PEREIRA, 1997, p.19).

A palavra de ordem no Ministério da Saúde era "flexibilização do SUS", ou seja, o *SUS real*, conforme um trocadilho proposital. Enquanto a CPMF era aprovada contra a vontade do Ministro da Fazenda Pedro Malan e do próprio Presidente da República, sob o argumento de que aumentaria a inflação, cerca de R$ 17,9 bilhões do Cofins e do imposto sobre o lucro das empresas deixaram de ir para as áreas de Saúde, Previdência e Assistência Social. A dominação da área econômica, com o aval do Presidente, explicava claramente a queda do Ministro Jatene:

> Como a fonte CPMF era incerta e não se cumpriu no ano de 1996, os recursos que tivemos em 1996 foram inferiores aos efetivamente gastos em 1995. [...] O que se pretendeu na área econômica foi que levássemos essa dívida para 97 e, com a arrecadação da CPMF, pagá-la, esterilizando por antecipação o que vou arrecadar da CPMF. Não aceitei isso. [...] Essa é uma das razões por que saí (JATENE, 1997). [12]

O novo ministro comprometia-se com a mudança do modelo de atenção através do Programa Saúde da Família (PSF) (RADIS, 1997), apresentando a proposta de ampliação de 847 para 3.500 equipes de saúde da família (ESF).

Durante o *V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, naquele mesmo ano, foi examinado o debate internacional sobre as reformas em saúde, incluindo as propostas para a América Latina. Assim, as reformas setoriais levadas a cabo a partir da década de oitenta, sob a perspectiva neoliberal, enfatizavam o "gerencialismo", a "tecnologia institucional", a "competição administrada", os "custos de transação", o atendimento ao consumidor, a competição e a regulação, como se pode verificar a seguir:

> Apesar do discurso ideológico radical e da subjacente falsa polarização entre regulação e competição, o resultado mais evidente dessas reformas, até o momento, é um Estado mais intervencionista e regulador, além de que, nos países europeus, preservaram-se os princípios universalizadores e os mecanismos originais de financiamento dos sistemas de serviços de saúde, porém, não como revalorização da solidariedade, mas como uma dimensão crucial da regulação estatal, asseguradora tanto da contenção de custos quanto de padrões mínimos redistributivos. [...] Essa agenda reformadora tem sido preconizada para a América Latina pelos organismos internacionais, sobretudo o Banco Mundial, e está atrelada aos planos macroeconômicos de estabilização e ajuste. Pode-se dizer que, paulatinamente, tem sido reelaborada em nível regional, tanto pelos *policy makers* dos distintos países quanto pela intelectualidade e os formadores de opinião.[13]

Entre as conclusões da oficina foram questionadas a consistência das "organizações sociais" propostas pelo MARE e as evidências que comprovassem os resultados que a agenda hegemônica preconizava. Justificava-se uma pauta de discussões e investigações entre universidades, formuladores e implementadores de políticas, a exemplo de estudos comparados e contextualizados das reformas.[14]

Como se posicionavam os atores/autores do movimento sanitário diante das mudanças propostas pelo Ministério da Administração e

Reforma do Estado (MARE), sob a condução do Ministro Bresser Pereira? Como se configurava a RSB a partir da "reforma da reforma"? Ao completar vinte anos de Cebes o movimento realizou um balanço crítico e apresentou, através de vários dos seus militantes muitos críticas, novas pautas e algum desalento e perplexidade:

> No conjunto, 'leva-se a vida'. Emprego e segurança parecem ser temas que calam mais fundo no coração das pessoas. Talvez, por isso, um certo sentimento de vazio e, até mesmo, uma certa perplexidade (NOVAES, 1997, p. 20).

O autor citou uma manifestação pública do Presidente do Cebes (Gestão 94-96), Prof. Volney Garrafa, para ilustrar tal sentimento, na qual registrara que os companheiros estavam atarefados com a administração e com pouco tempo para a militância, resultando na baixa participação e na pequena pressão. A apreciação política da conjuntura produzia leituras ainda mais críticas, sublinhando as características e os modos de atuação usuais do Estado brasileiro:

> O antigo movimento sanitário se esfrangalhou, divididos em escolas com capital de saber que preservamos compulsoriamente da contaminação alheia [...]; em grupos de interesse montados para fazer carreira nas instituições [...]; em tendências partidárias ou semi-partidárias [...]. Ademais, não há como desconhecer que o Estado brasileiro - estado operado por atores sociais realmente existente, como identidade bem marcada - vem ele próprio impedindo a efetiva implantação do SUS. Primeiro, porque não o financia de modo conveniente; segundo, porque, ao gerenciá-lo, não tem buscado qualidade e eficácia da atenção; terceiro, porque não realiza reformas da maquina administrativa e assistencial sem as quais o SUS não conseguirá passar do papel (CAMPOS, 1997, p. 113).

Este Estado brasileiro realmente existente e o papel desempenhado pelo mesmo no sentido de obstar a implementação da SUS e de criar obstáculos para o *processo* da Reforma Sanitária não eram muito questionados, até então, pelo movimento sanitário. Ainda que nessa oportunidade o autor não diferenciasse o SUS em relação a RSB, desmistificava certas ilusões relativas ao Estado brasileiro alimentadas

por análises abstratas misturadas com uma certa estatolatria. Mesmo assim, na contramão das tendência predominantes que valorizavam o pragmatismo e o individualismo, de um lado, e a resignação, de outro, a Reforma Sanitária passava a ser vista por alguns dos seus formuladores como uma "utopia democrática":

> A convivência e simultaneidade de padrões democráticos baseados nos direitos individuais e na igualdade, existentes na forma legal e a experiência cotidiana de adequação à uma sociedade altamente hierarquizada e discriminadora, através de seus conhecidos rituais de passagem entre estes dois mundos, bem como a inexistência de um projeto nacional de desenvolvimento que tomasse a questão da desigualdade e exclusão como cerne da questão democrática, acabaram por minar as possibilidades de concretizar um sistema igualitário de saúde. Ao contrário, em uma situação de crise econômica e ajuste liberal, com redução de gasto público e da atuação redistributiva do Estado, como a que enfrentamos nos últimos anos, a segmentação social manifesta-se como predomínio da lógica individualista, na qual cada um busca defender seus interesses egoístas, transformando a política pública em palco da disputa de privilégios corporativos (FLEURY, 1997, p. 34).

Esta análise de viabilidade do *projeto* da Reforma Sanitária naquelas circunstâncias era acompanhada de uma aguda interpretação da conjuntura e do reconhecimento de uma das lições decorrentes da tentativa de implantação do mesmo, privilegiando a trincheira legislativo-parlamentar: "NÃO SE CRIA IGUALDADE POR LEI, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei" (FLEURY, 1997, p. 34). Nessa reflexão sobre os impasses da RSB a autora reconhecia:

> Paradoxalmente, a tradução da concepção ampliada da saúde na norma legal não foi acompanhada de uma alteração das práticas sanitárias prevalecentes, de tal forma que se pode avaliar que a Reforma Sanitária, originada como contestação ao modelo médico hegemônico, tem sido a principal via de sua expansão e institucionalização através do Sistema Único de Saúde (FLEURY, 1997, p. 35).

Este paradoxo fica mais evidente no que tange à formação dos profissionais de saúde, pois as proposições da Medicina Preventiva/Integral e da Medicina Comunitária foram alvo de duras críticas pela Saúde Coletiva e precursores do movimento pela Reforma Sanitária:

> É preciso ter claro que o próprio movimento crítico cujas bases foram a discordância política e ideológica, nem sempre conseguiu perceber-se como participante, de algum modo, da cultura técnica e social que historicamente gerou a hegemonia, e, ainda que não completamente inserido nesta, de viés ou soslaio, também contribuía em sua reprodução, já que a crítica político-ideológica nem sempre alcança a dimensão dos valores culturais. Aliás, o discurso das transformações do discurso crítico, mostra a dificuldade e o amadurecimento do movimento pela Reforma Sanitária, neste percurso (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 285).

Com base nessas constatações é possível inferir não só que a RSB tinha dificuldades de fazer o que prometera, como também, encontrava obstáculos para construir viabilidade a partir da constituição de novos sujeitos numa sociedade altamente hierarquizada e discriminadora:

> A Reforma Sanitária, ao materializar, em um corpo legal, seus princípios doutrinários e as estratégias organizacionais, incorreu na sobrevalorização dos aspectos formais da democracia, que, ainda que imprescindíveis, não foram suficientes para garantir a concomitância entre o mundo da norma legal e o mundo da vida, usualmente, distanciados na experiência brasileira (FLEURY, 1997, p. 35).

Outros temas priorizados na coletânea do Cebes dizem respeito à gestão hospitalar (BARBOSA, 1997), Reforma Psiquiátrica (AMARANTES, 1997), direito sanitário (DALLARI; FORTES, 1997, SANTOS, 1997), bioética (SCHRAMM, 1997), produção farmacêutica e de imunobiológicos (GADELHA; TEMPORÃO, 1997), entre outros. Essas temáticas passaram a ser objeto de preocupação na segunda metade da década de noventa. Certas lacunas do conhecimento e da

prática foram mencionados, especialmente no que se refere às ações técnicas, organizativas e gerenciais:

> Somente agora são trabalhadas da perspectiva reformadora dos serviços de saúde, introduzindo para o interior do movimento pela Reforma sanitária brasileira, a crítica e reforma das ações técnicas, das ações organizacionais e gerenciais, das práticas em saúde como um todo e da autopercepção dos trabalhadores da saúde enquanto agentes e cidadãos no trabalho, seja transformando seu modo de representação de interesses coletivos, seja sua cultura profissional e seu papel na reforma das instituições e das políticas de saúde (SCHRAIBER; MACHADO, 1997, p. 287).

Esses impasses percebidos e analisados pelos intelectuais orgânicos da RSB eram interpretados de forma distinta pelo Ministério da Saúde. Embora seus dirigentes admitissem que a crise da saúde pública era estrutural exortava outros ministérios, estados, municípios, indústria, comércio e os cidadãos brasileiros para enfrentá-la e "reverter as estatísticas mais dramáticas".[15]

E assim o Presidente Fernando Henrique Cardoso e o Ministro da Saúde, Carlos César de Albuquerque, lançaram em 20 de março de 1997 "o ano da saúde no Brasil",[16] estabelecendo ações e metas prioritárias com destaque para Saúde da Família, descentralização com gestão plena, saúde da mulher e da criança, regulamentação dos planos de saúde, revisão da tabela do SUS, entre outras. O número especial do *Radis* dedicado a tal proposta tinha como subtítulo "Entre o Estado Mínimo e o Estado Necessário" e trouxe muitos comentários e críticas de professores, pesquisadores e especialistas sobre as ações e metas prioritárias apresentadas pelo governo.[17]

Diversas lideranças do movimento sanitário[18] ao analisarem aquela conjuntura e suas relações com o *projeto* da Reforma Sanitária, as políticas de saúde e a implementação do SUS, divergiram quanto à interpretação das medidas tomadas pelo Governo FHC, reconhecendo nele uma complexidade para além da designação de "neoliberal". Alguns admitiam que era formado por um conjunto de forças heterogêneas, com "ilhas de racionalidades" distintas. Outros

constatavam políticas contraditórias e fragmentadas na dependência da composição política em cada aparelho do Estado, dificultando uma percepção clara sobre qual seria a política de saúde do governo federal.

A ênfase no plano de estabilização econômica sugeria certa incompatibilidade com o financiamento de políticas sociais baseadas no princípio da solidariedade, com tendência de importar a lógica do mercado para as instituições estatais, podendo aumentar a iniqüidade e a seletividade. No que se refere à Reforma Sanitária considerava-se que a base de aglutinação em torno do seu *projeto* encontrava-se na luta pela democratização e, obtida a vitória pelas forças progressistas, verificava-se uma dificuldade de construir consensos. Apontava-se para uma interpretação segundo a qual o movimento sanitário teria confundido o público com o estatal, devendo-se discutir todo o sistema de saúde e não apenas o SUS, pois o setor privado permanecia fora do controle público. Certas alternativas de assistência e de gestão, consideradas irreversíveis por alguns dos participantes da oficina de trabalho, eram criticadas por quebrarem princípios do SUS e da Reforma Sanitária.

No que diz respeito ao papel do Estado, não houve discordâncias quanto às funções de regulação e de informação. As divergências concentraram-se em relação ao financiamento e na prestação de serviços, com duas posições distintas: a) O Estado exerceria o papel de regulador, retirando-se da prestação direta dos serviços, com algumas exceções; seria um Estado pequeno, forte, ágil e penetrado pelo controle social, aparentemente diferente do Estado mínimo; essa posição defendia as organizações sociais como modo de gerenciar hospitais; b) Defesa de um Estado regulador e prestador direto de serviços, face o papel redistributivo, pautado na lógica da solidariedade, rejeitando as organizações sociais pelos riscos de inviabilizarem a referência e a contra-referência, bem como a construção de redes de serviços de saúde.

Finalmente, empreendeu-se uma reflexão visando ao estabelecimento de uma agenda que permitisse uma atualização da

Reforma Sanitária, identificando questões e pontos que pudessem agregar interesses com princípios aglutinadores. Nesse sentido foram destacados: instituição de um novo pacto federativo; mudança do modelo assistencial; papel do Estado frente às necessidades sociais e de saúde; relação público/privado; gestão das políticas e controle público; comunicação e saúde e suas implicações na constituição da cidadania; informação em saúde e sua relevância na regulação do sistema; e formação/capacitação e administração de recursos humanos.

Este encontro, no que pese a sua importância para fundamentar a atuação de um novo sujeito político do movimento sanitário – a Rede UNIDA, na realidade, permitiu visualizar pelo menos três correntes entre seus participantes. A primeira, identificada com o governo FHC, procurava reatualizar a RSB para melhor integrá-lo ("reforma da reforma"). A segunda apostava no espaço das contradições e nas possibilidades de FHC avançar na saúde. E a terceira criticava o projeto do governo como incompatível com políticas sociais calcadas na solidariedade, ainda que buscasse avançar, atuando sobre as contradições.

Embora essa pauta tenha deixado de incluir na agenda da Reforma Sanitária um conjunto de proposições que transcendessem suas dimensões setoriais e administrativas, teve o mérito de superar o desalento e a perplexidade. Contudo, se a ênfase dessas propostas na dimensão setorial da reforma pode ser inteligível numa perspectiva pragmática de entidades, como o Conass e o Conasems, diante da adversidade da conjuntura, era insuficiente para promover a vitalidade do Cebes e da RSB. Nessa época, até a AMB promoveu uma campanha de "resgate da credibilidade dos serviços públicos se saúde".[19]

No último ano dessa gestão, verificou-se uma inflexão na política de saúde. O senador José Serra (PSDB-SP) aceitou o convite para Ministro da Saúde em março de 1998,[20] após um longo período de "fritura" do Ministro Carlos Albuquerque que, por sua vez, havia substituído o Ministro Adib Jatene, ao final de 1996, depois do engodo da CPMF. Em entrevista, o ex-ministro expôs sobre farsas

políticas e sobre os "porões da Saúde".[21] Assim, a sociedade tomava conhecimento de que o PFL e o PTB do Rio de Janeiro controlavam 12 hospitais federais, enquanto a Fundação Nacional de Saúde representava um ministério dentro do Ministério da Saúde com 48 mil funcionários, 800 ambulatórios e hospitais, fábricas de fossas, canos de cimento e vínculos partidários com o PFL. Eis a versão, a *posteriori* do Presidente:

> Serra vinha discutindo comigo desde fevereiro sua eventual volta ao governo. [...] Houve apenas um incidente que me aborreceu. Serra consultou algumas pessoas sobre a conveniência de aceitar a pasta e a hipótese inevitavelmente acabou indo parar na imprensa, deixando o ministro Albuquerque em situação incômoda e eu, uma vez mais, como 'fritador' de colaboradores (CARDOSO, 2006, p. 312).

No discurso de posse, o novo ministro prometeu triplicar as 1.600 equipes de saúde da família em um ano e "transformar a qualidade do atendimento à saúde numa verdadeira obsessão nacional", reconhecendo que na saúde "o mercado e a concorrência operam mal". Em entrevista à jornalista Dora Kramer do Jornal do Brasil (JB), o Ministro Serra foi mais explícito:

> Eu disse na posse que ninguém é demitido ou fica no cargo por causa de indicação política. Mas, daqui em diante, nós não vamos aceitar indicações políticas. Isso não será mais critério; não se consultará mais as bancadas para saber quem nomear. Hoje, na Receita Federal, no Banco Central e, gradualmente, no Banco do Brasil, já não se adotam esses critérios. Por que a saúde seria diferente?[22]

Mobilizando interesses de prefeitos, secretários municipais de saúde e técnicos preocupados com o repasse de recursos financeiros e com a descentralização, foram estabelecidas as orientações para a organização da atenção básica e implantado o Piso de Atenção Básica (PAB). Foram, também, explicitadas as responsabilidades dos municípios, ações, atividades, resultados e impactos esperados, bem como as orientações sobre o repasse, aplicação e mecanismos

de acompanhamento e controle dos recursos financeiros que compunham esse instrumento de transferência de recursos (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

Apesar dessas medidas de desenvolvimento do SUS, a revista *Veja* tinha outra conclusão: "o célebre SUS, criado pela Constituição de 1988, até hoje não foi implantado".[23] A partir de junho de 1998 os gestores municipais discutiram uma pauta para a "agenda estratégica".[24] Entre os temas propostos para discussão destacavam-se os seguintes: A Reforma Sanitária Brasileira, a Reforma do Estado Brasileiro e a "Contra Reforma Neoliberal da Saúde"; Análise comparada dos modelos de Sistemas de Saúde; O papel dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais; A promoção da saúde como estratégia; Os Recursos Humanos para a Saúde; A economia e o financiamento do SUS; profissionalização da Gestão do SUS, entre outros.

Se o refluxo do movimento da Reforma Sanitária e o desconhecimento da legislação do SUS pareciam, de um modo, dificultar a atuação dos conselhos de saúde (KRÜGER, 2000), de outro colocavam novas posições para os atores no jogo:

> O movimento sanitário deixa de ser o articulador político do jogo pela reforma sanitária. O CEBES já havia, desde o início dos anos 90 perdido esse caráter, transformando-se em espaço para veiculação de déias através da Revista Saúde em Debate. [...] A ABRASCO reforça, cada vez mais, seu objetivo de articulação acadêmica e vai alternar, possivelmente de acordo com a composição de sua diretoria, posições mais progressistas ou mais conservadoras em relação ao conteúdo da política de saúde. A Plenária Nacional de Saúde se reunirá esporadicamente, principalmente em mobilizações por recursos financeiros. [...]. O CONASEMS vai se conformar com o papel de coadjuvante, ainda que não se veja desse modo. [...] O CONASS vai adquirir mais relevância na arena burocrática, como decorrência de uma maior importância das funções previstas para o gestor estadual no projeto de reforma do Governo Federal, e não por suas próprias ações. [...] O Banco Mundial continuará oferecendo idéias que são, em grande parte, incorporadas pelo Governo Federal. [...] O Ministro José Serra [...] com força própria é uma das expressões do novo significado que a saúde tem para o Governo Federal (MISOCZKY, 2002, p. 107-108)

Esta, em síntese, era a composição das forças políticas mais relevantes na conjuntura da saúde ao final do primeiro mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso, enquanto o bloco de poder que lhe sustentava ajudou-lhe a cair na "tentação da reeleição":

> Por certo não sou ingênuo. Começava, sim, a considerar a hipótese da reeleição. Não via quem pudesse aglutinar as forças políticas necessárias para levar adiante a modernização em curso. Nenhuma liderança surgira com força suficiente para exercer esse papel. Portanto, além da preocupação com meu fortalecimento político para ganhar as batalhas no Congresso, despontava também no horizonte psicológico - devo admitir, sem margem de dúvida - a tentação da reeleição (CARDOSO, 2006, p. 289).

Portanto, o "projeto setorial reformista", na expressão da OPAS, apresentava resultados significativos: estimava-se que o SUS se responsabilizava pela cobertura de 95% da população em atenção primária, 70% na secundária e 90% na chamada "alta complexidade"; todos os 27 estados e 436 municípios já respondiam pela gestão plena dos seus sistemas de saúde, enquanto 4.228 municípios exerciam a gestão da atenção básica a saúde das suas respectivas populações, de modo que somente 15,3% das cidades e 17,2% da população do país ainda não participavam do SUS.

Quando comparados certos indicadores selecionados antes (anos 1980) e depois da reforma (anos 1990), verificam-se, objetivamente, certos avanços vinculados ao SUS, tais como: cobertura em atenção básica: de 73% para 95% (+30,0%); cobertura vacinal de rotina de menores de 1 ano: de 53,2% para 78,7% (+47,8%); cobertura de controle pré-natal: de 74% para 85% (+15%); cobertura de partos em instituições de saúde: de 80% para 91% (+13,7%); mulheres em uso de anticonceptivos: de 65,8% para 76,7% (+16,5%); consultas por 1.000 hab. financiadas pelo setor público: de 1.670 para 2.200 (+31,7%); hospitalizações por 1.000 hab. financiadas pelo setor público: de 81 para 75 (- 7,4%).[25]

Se esses resultados sugerem conquistas do *processo* da Reforma Sanitária nas suas dimensões setorial e institucional, bem como do

governo FHC, estão longe contudo de evidenciar a "totalidade de mudanças" prometida pelo seu *projeto*.

Segundo mandato

No *Programa Avança Brasil: 1999-2002* do candidato que vencera as eleições de 1998 foi estabelecida a meta de implantação de 20.000 equipes de saúde da família (ESF) até 2002, enfatizando o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), programas voltados para a criança e o adolescente, vigilância e controle de doenças, assistência de urgência e emergência, humanização do atendimento e a proteção ao consumidor, incluindo a regulamentação dos "planos de saúde".

Antes disso foi aprovada a Lei 9.656 de 03 de junho de 1998 que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Esta lei, que passou a regular o sistema de assistência médica supletiva (SAMS) determinava as seguintes providências: abertura da participação de grupos estrangeiros no mercado nacional; atribuição da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde ao Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP); definição da Superintendência de Seguros Privados (Susep) como ente regulatório; criação de um pacote mínimo na assistência à saúde e mecanismos para controlar a seleção de risco pelas operadoras; proibição de exclusão por idade, deficiência física; limites para exclusão de doenças e lesões pré-existentes; garantia de usufruto do plano de saúde após demissão por um período de 6 a 24 meses; vinculação dos planos e seguros a garantias securitárias, atribuindo poder de intervenção à Susep quando essas garantias forem insuficientes; estabelecimento do ressarcimento ao SUS pelas operadoras; criação do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU); e criação da Câmara de Saúde Suplementar.

A chamada "lei dos planos de saúde" foi reforçada pala Lei 9.651 de 28 de janeiro de 2000, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar

à saúde. Esta agência teria como missão regular a assistência à saúde dos consumidores, a assistência dos associados aos planos de saúde e, as operadoras e seguros-saúde (BRASIL, 2002). Apesar da regulação estabelecida, o SAMS manteve as seguintes características: segmentação da atenção contrária a integralidade; desperdício de recursos pela dupla utilização – setores público e privado; iniqüidade devido a organização dos planos pela capacidade de pagamento; indução ao consumo e à incorporação, sem critérios, de tecnologia médica.

Nesse período, foi aprovada a EC-29 que procurou equacionar um dos maiores problemas do SUS, ou seja, a instabilidade do financiamento. O Conasems desempenhou um importante papel nessa mobilização: *Aprovem o PEC da saúde: mais verba para o SUS!. O Brasil precisa, o povo merece!*. Esta foi a exortação exposta no seu jornal, quando divulgava as iniciativas adotadas desde 1993. Registrou o apoio do ministro José Serra que prometeu conversar com o senador Antonio Carlos Magalhães (ACM), pedindo a distribuição do projeto e a tramitação rápida.[26] Três meses depois anunciou que o *PEC, enfim, chega ao plenário*.[27] Assim a EC-29 definia responsabilidades mínimas para a União, estados e municípios: a União deveria assegurar no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 1999, acrescido de no mínimo 5%, enquanto que no período de 2001 a 2004, alocaria o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); os estados e Distrito Federal deveriam garantir 7% do produto da arrecadação dos impostos em 2000 até chegar a 12% em 2004; nesse mesmo período, os municípios passariam de 7% a 15%.

Cabe destacar que o Conasems, além de ser um grande parceiro do movimento sanitário na luta pela estabilidade do financiamento do SUS, teve um papel de vanguarda na discussão da Promoção da Saúde. Desde 1995 essa entidade vinha discutindo a proposta das cidades saudáveis, qualidade de vida e intersetorialidade.[28]

Nesse período, diversos fatos político-institucionais relevantes foram produzidos: criação da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa);

implantação do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS); adoção do Cartão SUS em alguns municípios; implementação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei 9787/99); realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, e da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001.

Apesar desses fatos a Reforma Sanitária não se apresentava na agenda do governo nem era enfatizada pelo movimento sanitário, inclusive através dos seus protagonistas históricos como o Cebes e a Abrasco. O tema esteve ausente dos editoriais do Cebes nos anos de 1999 (Nº 53) e 2000 (Nºs 54 e 55). Somente no último número de 2000, voltou-se a utilizar a expressão *Reforma Sanitária* ao se proceder a uma homenagem póstuma a David Capistrano Filho.[29] No caso da Abrasco, a ausência foi mais longa. Durante seis anos, envolvendo a gestão de duas diretorias (1994-1996 e 1996-2000), a expressão Reforma Sanitária esteve ausente dos editoriais do *Boletim da Abrasco*, excetuando-se, apenas o Nº 60 (janeiro-março, 1996), ao refletir sobre a proposta da 10ª Conferência Nacional de Saúde:

> Novos sujeitos coletivos surgiram no cenário da Reforma sanitária, como o CONASS, o CONASEMS e os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde [...]. A Abrasco em toda a sua história constituiu-se como um dos sujeitos coletivos da Reforma Sanitária (EDITORIAL, 1996, p. 1).

Em junho de 2000 foi realizado um *Seminário Nacional Reformas do Estado, Saúde e Equidade no Brasil*, cujo documento final registrava a atuação do Ministério Público na implantação da Reforma Sanitária e apresentava um conjunto de propostas para a configuração de uma *agenda estratégica*, tais como: incentivar o uso de instrumentos epidemiológicos na definição de prioridades de ação e o comprometimento de gestores com metas relacionadas ao estado de saúde da população; impedir que os espaços técnicos de negociação entre os gestores suplantem ou substituam os espaços de controle social; consolidar o SUS, promovendo a regulação pelo

Estado do sub-setor privado de saúde; resgatar a análise da saúde e seus determinantes, evoluindo de políticas de serviços para políticas de saúde; e, finalmente, "identificar as estratégias e agentes para operar este processo de construção da Agenda, utilizando os espaços constituídos pelos Congressos da ALAMES/IAHP, do Conasems e da Abrasco, as Conferências Municipais e Estaduais de Saúde e a XI Conferência Nacional de Saúde".[30]

Já a realização da 11ª CNS, tendo como tema central *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade, e Humanização na atenção à Saúde, com Controle Social*, contou no seu comitê executivo com militantes da Reforma Sanitária, inclusive a sua coordenadora, ex-presidente da Abrasco. O mesmo ocorreu com a assessoria de programação que teve a participação do presidente e vice-presidente da entidade, professores da Escola Nacional de Saúde Pública e USP, vinculados ao movimento sanitário, além de representantes do Conasems e Ipea. A publicação *Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde* divulgou textos elaborados por encomenda a destacados pesquisadores do campo da Saúde Coletiva. Além disso, foram distribuídos no evento vários documentos de entidades e de movimentos sociais. Os trabalhadores rurais, por exemplo, apresentaram uma "carta aberta" aos delegados da 11ª CNS propondo:

> A implantação efetiva do Sistema Único de Saúde nas áreas rurais e urbanas do Brasil, garantindo um atendimento adequado para o meio rural; a ampliação de recursos para as ações assistenciais, de prevenção, educação e promoção da saúde, destacando o acesso ao saneamento básico para todas as famílias; que o Ministério da Saúde apóie efetivamente a capacitação para conselheiros e lideranças dos movimentos populares, em todos os níveis, objetivando a qualificação e ampliação de atuação da sociedade civil no controle social da saúde.[31]

A Abrasco apresentou um documento para fundamentar a atuação dos delegados, registrando a oportunidade de retomar o debate político no sentido de "renovar e atualizar os compromissos com a Reforma

Sanitária em busca da universalização e da equidade" (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2000, p. 1).[32] Lembrava os princípios aprovados na 8ª. CNS e afirmava que "a agenda de reformas e transformações ali plasmadas não está esgotada nem foi tampouco completamente implementada" (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2000, p. 1). Trata-se de um texto elaborado originalmente pelo Prof. Hésio Cordeiro por solicitação da nova diretoria da Abrasco, eleita no ano 2000, ampliado por alguns dos seus dirigentes após reunião com o referido professor.[33] A partir de então a expressão Reforma Sanitária torna-se freqüente nos editoriais do Boletim da Abrasco até meado de 2003, sugerindo certa relevância nas preocupações da entidade. Durante a gestão seguinte, volta a desaparecer, assim ocorrendo até o final de 2006.

O referido documento reforça um dos pressupostos deste estudo que admitia a Reforma Sanitária como uma "promessa não cumprida" pelas forças sociais e políticas que realizaram a transição democrática nos anos oitenta.[34] Mas, ao mesmo tempo, reconhecia que o *processo* de lutas para a reformulação da saúde e construção do SUS não poderia ser datado. Entendia a Constituição de 1988 como "a marca indelével de uma etapa vitoriosa da Reforma Sanitária" (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2000, p. 1). Percebia, no entanto, certo grau de irreversibilidade do SUS e da RSB face ao arcabouço jurídico-institucional decorrente das leis orgânicas da saúde e de medidas legais e normativas subseqüentes, embora chamasse a atenção que alguns dos seus princípios basilares, a exemplo da Seguridade Social, não tenham sido atendidos pelas políticas públicas. Aquela "promessa não cumprida" poderia ser melhor ilustrada com a síntese apresentada sobre a situação sócio-sanitária:

> Os dados de emprego e renda na década de 1990-2000 expressam uma retração na oferta de postos de trabalho, decorrentes de condições estruturais relacionadas às mudanças tecnológicas dos processos produtivos, mas, sobretudo, de fatores recessivos associados às políticas de ajuste econômico. [...] Além disso, aprofundou-se a desigualdade social manifesta por elevação crescente na concentração da renda, com impactos sobre o agravamento

> das situações de pobreza e exclusão social, tanto dos que estão fora do mercado de trabalho quanto dos assalariados com precárias condições de trabalho e de remuneração.
> A fome, a miséria e a crescente violência no campo e na cidade ainda compõem um quadro dramático que envergonha a nação. [...] Alterações na estrutura de morbidade e mortalidade decorrentes de doenças cardiovasculares, de neoplasias malignas e de causas externas, especialmente as violências afetam jovens e adultos em idade produtiva. [...] A coexistência de regiões com elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, a persistência da desnutrição e da pobreza, as ameaças recorrentes de surtos epidêmicos, a cronicidade das endemias associados a um padrão demográfico de aumento da população de jovens (especialmente nas regiões sul e sudeste) e de idosos e a brutal expansão da violência urbana apontam novos desafios para o SUS (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2000, p. 2-3).

Este quadro sanitário denotava, portanto, que a Reforma Sanitária em curso era menos de *saúde* e mais do *sistema*. Neste havia expansão dos serviços municipais e de quadros técnicos, aumento da oferta de cuidados básicos e ambulatoriais, ampliação da cobertura vacinal e de atendimento às gestantes e a infância, bem como o fortalecimento da estratégia de saúde da família. Todavia, persistia o não cumprimento das diretrizes da universalidade, equidade e qualidade.

Além de responsabilizar as políticas de ajuste macroeconômico na produção da situação sanitária, a Abrasco considerava a Reforma do Estado Brasileiro como ameaça para a Reforma Sanitária e para o SUS. Isto ocorria diante da precarização das relações de trabalho em saúde, transferência da gestão de serviços estatais para organizações não governamentais, aceleração do processo de qualificação-desqualificação das relações técnicas do trabalho em saúde etc. O documento apresentava algumas proposições, com destaque para políticas de desenvolvimento social, particularmente as intersetoriais, estímulo à educação permanente, mecanismos de programação e orçamentação local, recursos para investimentos e custeio, agenda de pesquisa, acreditação hospitalar, superação da precarização da força de trabalho, entre outras (GOLDBAUM; BARATA, 2006).

Apesar de toda esta articulação política, da qualidade dos textos, do manifesto da Abrasco e do empenho dos organizadores da Conferência, é surpreendente constatar que não há, em todo o relatório final do evento, uma menção sequer à expressão Reforma Sanitária. Mesmo que se possa admitir que o conteúdo do *projeto* da RSB estivesse presente nas entrelinhas das análises e proposições, não deixa de ser sintomático, do ponto de vista político-ideológico, a sua ocultação no discurso coletivo.

A partir de então, a Abrasco e o Conasems reafirmaram seus compromissos históricos com a melhoria das condições de vida e de saúde dos brasileiros diante da proximidade das eleições municipais de 2000[35], defendendo as políticas de saúde enquanto políticas de Estado. Estas deveriam ser preservadas face à instabilidade na alternância de dirigentes e governos, reiterando a responsabilização solidária entre as três esferas de governo e a adoção de princípios republicanos com a separação público/privado e prevalência do interesse público.

A preocupação em distinguir Estado e governo, a referência aos ideais republicanos, a cobrança da responsabilidade solidária no SUS e o alerta contra a instabilidade ou descontinuidade administrativa diante da mudança de dirigentes e gestores parecem indicar uma consciência emergente sobre a necessidade de enfrentar um dos maiores desafios do processo da Reforma Sanitária no Brasil: a sua subordinação ao Estado, governos, burocracia e partidos, tornando-se refém das "manobras da política" (BERLINGUER, 1988a). Por outro lado, aumentava a consciência sobre a lentidão do processo da RSB:

> A Reforma Sanitária em geral, e a Reforma Psiquiátrica em particular, são processos, nem contínuos nem lineares e que dependem da participação de todos os segmentos para alcançar efetivamente os objetivos desejados: inclusão, solidariedade e cidadania emancipada [...] Nesse processo, em que cada passo introduz novos desafios, aspectos desconhecidos ou secundários tornaram-se principais [...]. O CEBES, como entidade da sociedade civil na luta cultural e ideológica, reitera seu compromisso de divulgar, produzir e estimular debates democráticos e as necessárias práticas transformadoras que possibilitem concretizar a Reforma

Sanitária e a Seguridade Social para todos os brasileiros (EDITORIAL, 2001, p. 3).

A despeito dessa paciência histórica do movimento sanitário para compreensão dos obstáculos da RSB, o Brasil passava a ocupar posição de destaque, no plano internacional. No âmbito externo, a 54ª Assembléia Mundial da Saúde, em 2001, situava a política de saúde brasileira à frente das adotadas pela OMS, servindo de referência para atitudes mais ousadas. Nesse particular, destacam-se a defesa do medicamento como direito humano, o controle da AIDS não só através da prevenção mas com o tratamento das pessoas contaminadas pelo HIV, a proposta de produção de medicamentos a preços reduzidos para países pobres, a luta contra o tabaco, com a legislação proibindo a propaganda em rádio e TV (inclusive em eventos esportivos e culturais internacionais), e a política de aleitamento exclusivo nos primeiros 6 meses de vida das crianças. No âmbito interno foi aprovada a Agenda Nacional de Saúde,[36] estabelecendo os seguintes eixos prioritários de intervenção para 2001: a) Redução da mortalidade infantil; b) Controle de doenças e agravos prioritários; c) Reorientação do modelo assistencial e descentralização; d) Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; e) Desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde (PAIM, 2003c).

Nesse período, diversos artigos sobre políticas de saúde no Brasil e manifestações de entidades do movimento sanitário possibilitavam identificar dificuldades da operacionalização das diretrizes do SUS e dos princípios da Reforma Sanitária. A Abrasco, por exemplo, retomou muitas das propostas apresentadas durante a 11ª CNS, atualizando o mencionado documento para as eleições presidenciais de 2002:

> A agenda política da Reforma Sanitária Brasileira não se encontra esgotada. Cumpre incluir novos sujeitos sociais no seu desenvolvimento e incidir politicamente em cada conjuntura no sentido de reafirmar princípios e diretrizes, além de construir alianças e pactos comprometidos com a radicalidade da proposta de democratização da saúde. As proposições formuladas pela XI Conferência Nacional de Saúde convergem de um modo geral com um conjunto de

propostas elaboradas em toda a história da ABRASCO, ou seja, defendendo: 1) A melhoria das condições de saúde e da existência efetiva de *políticas públicas integradas, com articulação intersetorial e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana*, capaz de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria dos níveis de saúde e da qualidade de vida da população. 2) Fortalecimento do *caráter público das ações e serviços de saúde e da responsabilidade do Estado* no provimento da saúde ao povo, como definido na Constituição Federal, e repúdio à *privatização das instituições públicas de saúde*. 3) *Consolidação do SUS* como *sistema público de saúde, descentralizado e democrático,* onde as prioridades sejam definidas de *forma participativa,* com instrumentos de *controle social,* que opere mediante *planejamento das ações,* disponibilize os serviços e os medicamentos necessários à população, tendo recursos (humanos, materiais e financeiros) em quantidade e qualidade adequadas. 4) O *fortalecimento do exercício da cidadania* através do Controle Social da sociedade e em especial na área de saúde através das Conferências e Conselhos de Saúde deliberativos e paritários. 5) A X Conferência Nacional aprovou a busca do financiamento definido, definitivo e suficiente para a área de saúde. A partir da PEC 169 foi conquistada a *EC 29/00,* que *precisa ser cumprida integralmente e regulamentada urgentemente,* incluindo aí as transferências fundo a fundo dos Estados para os Municípios , a fim de atender a demanda de recursos financeiros que viabilizem o Sistema. 6) *Suspensão e proibição de quaisquer contratos e convênios substitutivos da gestão pública,* a exemplo de organizações como o PAS e assemelhados atendendo a preceito constitucional explicitado pela Procuradoria Geral da República. 7) Uma política de Recursos Humanos para o SUS, com *contratação através de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário*. 8) *Acesso universal* à *atenção integral, equânime e humanizada,* garantido o financiamento de todos os níveis da saúde, com *autonomia dos municípios e estados* na elaboração e execução de seus Planos, com *aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde*. 9) A *organização da porta de entrada do sistema,* através de distintas iniciativas de estruturação da atenção básica tais como: Saúde da Família, Sistemas Locais de Saúde e outras estratégias, que *devem garantir a territorialização, a gestão pública, a responsabilidade sanitária,*

equipe multiprofissional em dedicação integral, bem como a *articulação e integração com os demais níveis* de atenção à saúde. 10) A efetivação do SUS, alicerçada nos princípios constitucionais e na legislação infraconstitucional, para que normas e procedimentos não extrapolem os dispositivos legais e sejam *respeitadas as competências de cada uma das esferas de Governo* (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2002, p. 327-328).

A entidade reconhecia a complexidade da conjuntura diante da instabilidade econômica e da grave crise social com elevado desemprego, aprofundamento das desigualdades, descontrole da violência e ampliação dos excluídos, mas sublinhava como relevante o fato de que pela primeira vez desde as eleições presidenciais de 1989, nenhum dos candidatos tinha posições anti-SUS. Ao realizar uma avaliação do movimento da RSB o documento ressaltava:

> Uma das conquistas desse movimento foi a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação de políticas descentralizantes e democratizantes, ampliando o controle público sobre o Estado, seus aparelhos e sua tecno-burocracia sanitária. Durante a década de noventa, a Reforma Sanitária, enquanto processo, sofreu avanços e retrocessos mas conquistou novos atores sociais. Mesmo com a implantação tortuosa do SUS, considera-se, presentemente, que o saldo foi positivo. Reduziu-se a mortalidade infantil, foi erradicada a poliomielite, decresceu a incidência de doenças imunopreveníveis, mais de 99% dos municípios brasileiros participam da gestão do SUS, em 2001, pouco mais de 60% dos recursos federais para assistência à saúde no SUS foram repassados diretamente fundo a fundo e 50 milhões de brasileiros passaram a se vincular a 15 mil equipes de saúde da família (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2002, p. 327).

Assim, o documento propunha a construção de uma agenda política suprapartidária, estabelecida coletivamente pelo Conselho Nacional de Saúde, buscando o comprometimento dos partidos e candidatos para as eleições daquele ano com base nos seguintes desafios:

> 1. A construção da eqüidade; 2) Realização da coerência entre o perfil da oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e prioridades da população; 3) Atribuições na definição das necessidades da população por serviços no SUS; 4) Garantia do acesso aos serviços dando prioridade à efetivação da porta de entrada através da atenção básica à saúde; 5) Reordenamento organizacional e programático dos serviços de média complexidade, na racionalidade do SUS; 6) Investimento estratégico e ocupação da capacidade instalada existente; 7) Reestruturação dos programas e projetos federais verticais; 8) Planejamento da oferta e remuneração dos serviços; 9) Reorientação da orçamentação, da execução orçamentária e financeira e transparência das planilhas da peça e execução orçamentária; 10) Reorientação da política de recursos humanos; 11) Construção conceitual e operacional da responsabilidade regulatória no SUS. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2002, p. 330-331).

Coerente com as mudanças propugnadas pela RSB e com a concepção ampliada de saúde, inscrita na Constituição da República e na Lei 8080/90, o documento defendia a promoção e a defesa da saúde, no sentido de tomar a qualidade de vida, a saúde e o bem-estar como referentes para a formulação de políticas públicas, econômicas e sociais. Criticava as políticas de ajuste macro-econômico, a fragmentação das políticas públicas, o isolamento de ministérios e órgãos afins, a superposição de ações, o desperdício de recursos e o loteamento de cargos em função de arranjos políticos e partidários. Finalizava com a seguinte advertência:

> Por isso a Nação espera dos seus dirigentes maior comprometimento com a garantia do direito universal à saúde, a implementação de políticas públicas voltadas para a promoção e proteção da saúde, bem como o respeito às diretrizes formuladas pela sociedade organizada durante as conferências de saúde para que o SUS possa ser aquilo que prometeu (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2002, p. 331).

Esses movimentos foram saudados em um editorial do Cebes como "retomada do debate sobre a Reforma Sanitária" entre personalidades e intelectuais do movimento dispersos em distintos

partidos e campanhas eleitorais, permitindo identificar "convergência de propostas para o setor saúde a serem defendidas nos próximos anos, qualquer que seja o candidato vitorioso" (EDITORIAL, 2002b, p. 247). Não era possível ignorar, todavia, certos resultados apresentados ao final do segundo mandato de FHC no que diz respeito à saúde: alcançavam-se em 2002, 6,7 hospitalizações SUS e 2,5 consultas por 100 habitantes, correspondendo um decréscimo de 17% das internações e um acréscimo 53% das consultas quando comparados tais valores àqueles anteriores à implantação do SUS (1987), enquanto o Programa Nacional de Imunizações atingia 95,6% dos menores de um ano com vacina DPT, 97% anti-pólio, 93,3% anti-sarampo, 100% com BCG e 89% com a vacina contra Hepatite B.[37] Não obstante tais resultados, o reconhecimento de que o SUS, ou mais amplamente a Reforma Sanitária, não haviam avançado na "era FHC" reforçava, mais uma vez, o pressuposto da "promessa não cumprida".

> O momento que estamos vivendo revela a paralisia do pensamento crítico nacional. O movimento sindical está paralisado e a universidade não tem feito nenhum debate crítico mais avançado. Isso exige que retomemos a Reforma Sanitária, enxergando o SUS a partir dessa reforma, e não vendo o SUS pelo umbigo do SUS. O umbigo do SUS vai apenas regular o que está aí [...] A discussão substantiva que o campo do pensamento crítico da oposição deve assumir é a mudança do modelo assistencial, retomando a Reforma Sanitária e reforçando o SUS (RADIS ENTREVISTA: Sérgio... 2002, p. 21).

Daí a insistência da Abrasco e do Cebes na defesa do projeto original da Reforma Sanitária durante as eleições de 2002, apoiada em documentos de referência anteriores.[38] Defendendo a "radical implementação da Reforma Sanitária" a carta explicitava diversas posições, entre as quais:

> O movimento da Reforma Sanitária Brasileira sempre pretendeu produzir uma mudança cultural na sociedade brasileira tendo a saúde como eixo de transformação, assim como modificar as políticas do Estado Brasileiro sem limitar-se a mudanças setoriais ou políticas de governo. Consideramos

> a Reforma Sanitária como a única reforma democrática do Estado brasileiro, com caráter processual e ainda inconclusa. Esse processo exige a permanente reflexão sobre os rumos, resultados e procedimentos. A Reforma Sanitária engloba uma multiplicidade de objetos e concepções que ultrapassam as tarefas de organização do Sistema Único de Saúde [...]. É chegado o momento de recuperar a Reforma Sanitária em sua amplitude, com as propostas de relações sociais e humanas contidas no projeto original emanado da 8a. Conferência Nacional de Saúde (1986) e plasmado na Constituição da República Federativa do Brasil (1988). [...] A Reforma Sanitária Brasileira tem como princípio orientador a promoção da justiça social [...]. Concebemos Saúde como componente indissociável da Seguridade Social [...] As políticas nacionais de Ciência e Tecnologia e Industrial em Saúde são componentes fundamentais da Reforma Sanitária [...]. A defesa da Reforma Sanitária [...] significa o envolvimento na promoção de uma cultura de paz e tolerância por meio de manifestações permanentes e de ações regulares que intervenham nos determinantes e condicionantes da violência em todos os seus âmbitos e aspectos. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA...; CENTRO BRASILEIRO..., 2002).

Portanto, a perspectiva de uma nova correlação de forças, a partir das eleições presidenciais, sinalizava para alguma oportunidade e renovadas esperanças de que o projeto da RSB fosse retomado e reinserido, radicalmente, na agenda das políticas públicas do país.

Notas

[1] Discurso de posse de José Serra como Ministro da Saúde em 1998. Ver também *Das galés à sala vip*, Jornal do Brasil, de 19 de abril de 1998.

[2] Publicado no Jornal do CONASEMS, n. 20, em março/abril de 1995 sob o título *Mobilização para defender a Saúde*. Ver também *Reforma da Previdência ou desmonte da Seguridade Social?* publicado no Boletim da Abrasco, n. 55, em janeiro/março de 1995.

[3] Ver o *Boletim da Abrasco*, 55, em janeiro-março de 1995 sob o título *Reforma da Previdência ou desmonte da Seguridade Social?*

[4] *Saúde é problema n. 1*, diz pesquisa realizada pelo Datafolha em 11 capitais, publicada na Folha de São Paulo, de 22 julho 1995.

[5] Consta também em outro documento, distribuído nessa conferência, denominado "Uma agenda para a 10a. Conferência Nacional de Saúde" com vistas ao avanço do projeto da Reforma Sanitária e à implementação do SUS.

[6] Ver: "Uma agenda para a 10ª Conferência Nacional de Saúde", assinado por Ana Maria Costa, Nelson R. dos Santos, Elizabeth Barros, Roberto Nogueira, José G. Temporão, entre outros.

[7] Nessa Conferência, o Cebes divulgou um documento intitulado "Carta da Saúde: Por uma Reforma Sanitária contra a exclusão social e pela dignidade da vida humana". Ver, ainda, o documento distribuído: "O CEBES na 10ª Conferência Nacional de Saúde. 20 anos de luta pela Reforma Sanitária".

[8] Ver PLENÁRIA Nacional de Saúde, 1995, p. 3

[9] Em defesa do SUS. *A Tarde,* 16 mar. 1997. Lazer & Informação, Caderno 3, p.4.

[10] SUS: A Contra-Reforma. *Medicina.Conselho Federal,* 77, p. 1, jan. 1997. e não de recursos".

[11] Ver: Novo ministro, novo SUS? *Medicina. Conselho Federal,* n. 77, p. 3, jan. 1997.

[12] Ver: Entrevista, *Medicina. Conselho Federal,* n. 77, p. 21-23, jan. 1997.

[13] ALMEIDA, C.M. de. Reforma administrativa e reforma sanitária: uma discussão das tendências internacionais e das propostas para o caso brasileiro: notas para discussão. (Texto apresentado para discussão na oficina de trabalho Reforma do Estado e Reforma Setorial: Novos Modelos de Gestão, promovida pela Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul, realizada durante o Congresso da ABRASCO, com o apoio do CIID/Escritório Regional-Montevideo). Lindóia, 25 e 26 de ago. 1997. p. 13-14.

[14] REDE DE INVESTIGAÇÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONE SUL. Oficina de Trabalho da rede no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO) 25 e 26 de ago. 1997. Águas de Lindóia, SP. Oficina de Trabalho I. Reforma do Estado e Reforma Setorial no Brasil: Novos Modelos de Gestão. *Síntese do Relatório Final*. 9p. Ver apresentações no Congresso da Abrasco/ALAMES/IAHP em Salvador, dez anos depois, que reforçam a falta de evidências científicas para as reformas setoriais levadas a cabo, recentemente, na Holanda e na Inglaterra.

[15] BRASIL. Ministério da Saúde. *A Saúde no Brasil*. Brasília, mar. 1997. 57p.

[16] BRASIL. Ministério da Saúde. *1997 O Ano da Saúde no Brasil. Ações e Metas Prioritárias*. Brasília, mar. 1997.16p.

[17] Ver: *Tema,* Radis, 14, jul. 1993. 31p.

[18] Ver: Rede UNIIDA. Oficina de Trabalho Conjuntura Atual e Políticas de Saúde. *Relatório Final*. Salvador, 1997. 9p. Entre os participantes, podem ser mencionados: Amélia Cohn, Carmen Teixeira, Célia Almeida, Cristina Melo, Eugênio V. Mendes, Jairnilson Paim, João Martins, Laura Feuerwerker, Lilia Schraiber, Mourad Belaciano, Naomar de Almeida Filho, Oswaldo Tanaka, Paulo Amarantes, Sebastião Loureiro, Sérgio Arouca, Waldir Mesquita, entre outros.

[19] Ver: AMB lança campanha de conscientização popular por melhores serviços públicos de saúde. *JAMB*, 2, jan. 1997.

[20] Segundo Bob Fernandes, "prosaico dizer que já se anuncia um ensaio para a sucessão presidencial de 2002" (*Carta Capital*, 1 abr. 1998, p.30).

[21] Ver: *Carta Capital*, 1 abr. 1998, p. 28-34.

[22] Ver: Das galés à sala vip. *Jornal do Brasil*, 19 abr. 1998.

[23] Ver: *Veja*, 1 abr. 1998, p.34.

[24] Ver: Oficina de concepção de uma agenda política estratégica do CONASEMS, para implementação do SUS no Brasil. s/l;s/d.

[25] OPAS. Brasil. *O perfil do sistema de serviços de saúde* (1 dec. 1998). 19p.

[26] Ver: *Jornal do CONASEMS*, 59, fev. 2000.

[27] Ver: *Jornal do CONASEMS*, 62, maio 2000.

[28] Ver: Promovendo a qualidade de vida. Secretários apontam a intersetorialidade como modelo para o bem estar social. *Jornal do CONASEMS*, 62, p.3, maio 2000.

[29] Ver: "A Reforma sanitária não está encerrada. É um processo de construção permanente sob avaliação crítica" (EDITORIAL, 2000, p. 3).

[30] Ver: Agenda Política Brasil em Defesa da Saúde como Direito da Cidadania e como Bem Público. Seminário Nacional Reformas do Estado, Saúde e Equidade no Brasil. Rio de Janeiro, 20 jun. 2000, p. 7-9.

[31] Ver: Carta Aberta dos Trabalhadores Rurais aos Delegados da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 15 de dezembro de 2000 (Articulação Nacional das Mulheres Trabalhadoras Rurais (ANMRT), Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB), Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA).

[32] Trata-se de um documento da Abrasco para a XI Conferência Nacional de Saúde, atualizando a agenda da Reforma Sanitária Brasileira.

[33] Ver Encarte no Boletim Abrasco, n. 79, out.-dez, 2000.

[34] Ver, por exemplo: ELIAS, P. E. *Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil*. Cuernavaca: [S.n], jun. 1997. 28p.

[35] A ABRASCO E O CONASEMS EM DEFESA DA VIDA. Salvador, fim de inverno de 2000. 2p.

[36] Portaria Nº 393, de 29 de março de 2001. *DOU,* 30 mar. 2001.

[37] OPAS. *Brasil: o perfil do sistema de serviços de saúde*. Brasília, mar. 2005. 38p.

[38] Ver, especialmente: *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes e Carta Compromisso: pela consolidação do Sistema Único de Saúde. Por uma política de Cidadania!,* elaborados pelo Conselho Nacional de Saúde; *Por uma nação solidária!,* divulgado pelo Cebes; e *A agenda reiterada e renovada da Reforma Sanitária Brasileira,* redigido (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA..., 2002).

Período Lula

> O processo da reforma sanitária brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante.[1]

O início do governo foi visto com reservas por segmentos do movimento sanitário, apesar de contar com muitos dos seus quadros na equipe do Ministério da Saúde. Assim, a Diretoria Nacional do Cebes alertava:

> No governo há setores que desconhecem a história de luta para conquistar o direito à saúde e a unificação dos sistemas no SUS. Dirigentes progressistas consideram a Reforma Sanitária, ainda parcialmente implantada, uma utopia (EDITORIAL, 2003a, p. 3).

A saúde não estava presente no discurso do presidente eleito nem do coordenador do grupo de trabalho que operou a transição para a nova gestão. O Ministro da Saúde foi um dos últimos a ser indicado na composição da equipe do primeiro escalão, mas todas as secretarias que compunham a estrutura do novo ministério foram contempladas com dirigentes que tiveram participação no movimento sanitário.

A área econômica mantinha a política monetarista do governo FHC e o Ministério da Saúde foi um dos setores que sofreu, em termos

absolutos, maior contingenciamento de recursos. Mesmo assim, o primeiro ano do governo Lula encontrou no Ministério da Saúde um dos poucos espaços onde a equipe dirigente procurou construir políticas de saúde coerentes com o SUS, apesar das limitações orçamentárias (MENDONÇA *et al.*, 2005, TEIXEIRA; PAIM, 2005).

O governo contemplou a gestão participativa, criando uma secretaria específica para tal função e nomeando Sérgio Arouca como seu primeiro Secretário:

> Nesse sentido a maior participação da sociedade se coloca como diretriz para a construção de novos pactos. Com, isso, o movimento da Reforma sanitária surge mais uma vez como exemplo de sucesso e expressão da força da sociedade organizada.[2]

A expectativa era de que a mobilização em torno da 12ª Conferência Nacional de Saúde propiciasse uma nova pactuação para o desenvolvimento da Reforma Sanitária e do SUS, forçando o governo a assumir propostas e compromissos mais progressistas.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde

O momento de realização dessa Conferência foi marcado por alguns traços especiais. Em primeiro lugar, tratava-se de um evento no Governo Lula, oportunidade vista por muitos como possibilidade de retomada dos ideais da Reforma Sanitária. Em segundo lugar, por ser uma proposta de Sérgio Arouca, formulada desde o grupo de transição, ainda que pessoalmente não pudesse atuar na sua preparação em virtude do seu falecimento em agosto de 2003. Na edição especial sobre as conferências estaduais de saúde o Jornal do Conass prestou uma "homenagem ao companheiro Sérgio Arouca, líder de toda uma geração de sanitaristas e ex-Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro", citando um trecho da sua entrevista concedida ao Pasquim 21, edição 28, de 20 de agosto de 2002:

> Nós fizemos a Reforma Sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração desse modelo e mudar.[3]

Em terceiro lugar, por contar na sua concepção e condução com militantes históricos da Reforma, a exemplo de Eduardo Jorge, Ana Maria Costa e Sarah Escorel, esta presidente do Cebes. Em quarto lugar, pelo ineditismo de o Ministério da Saúde explicitar proposições e diretrizes referentes aos dez eixos temáticos, sinalizando para os alvos das políticas de saúde do governo que se iniciava. O tema central *Saúde: um direito de todos e dever do Estado*; *a Saúde que temos, o SUS que queremos* foi subdividido nos seguintes eixos temáticos: Direito à Saúde; A seguridade social e a saúde; A intersetorialidade das ações de saúde; As três esferas de governo e a construção do SUS; A organização da atenção em saúde; Controle social e gestão participativa; O trabalho na saúde; ciência e tecnologia e saúde; O financiamento da saúde; Comunicação e informação em saúde. E por último, face ao compromisso publicamente assumido pelo Ministro Humberto Costa no sentido de acatar as recomendações da 12ª CNS como base para as políticas de saúde (NORONHA, 2003, ESCOREL; BLOCH, 2005).

Como acontece nas conferências nacionais, distintos atores sociais apresentaram as suas posições. Assim, o Conass destacou dez pontos de consenso entre os gestores estaduais reunidos em seminário (Promoção e intersetorialidade; Atenção básica; Vigilância à saúde; Nova norma operacional; Comando único; Recursos humanos; Média e alta complexidade; Instâncias de negociação e deliberação; Financiamento; Assistência farmacêutica), reafirmando o seu compromisso com a RSB:

> O CONASS tem o permanente compromisso de defender os princípios do SUS, conquistados na Constituição de 88, aprofundar a reforma sanitária brasileira, na busca do paradigma da promoção da saúde, assegurar o acesso com qualidade e integralidade e promover a inclusão social.[4]

O Conasems aprovou a Carta de Belo Horizonte destacando quatro prioridades de ação: 1) Avançar na consolidação do processo de descentralização; 2) Direcionar esforços que garantam a integralidade de atenção; 3) Garantir o financiamento adequado nos três níveis do sistema; 4) Reconhecer a gestão de pessoas e as relações de trabalho como eixo central de atuação dos três níveis gestores do SUS. [5]

No caso da Abrasco e do Cebes lançaram um documento com vinte itens, reiterando a *Carta à sociedade brasileira - em defesa da saúde dos brasileiros*, elaborada durante o processo eleitoral de 2002. Neste documento as entidades defendiam uma "radical implementação da Reforma sanitária visando à real e substantiva melhoria das condições de saúde da população brasileira", enfatizando algumas considerações e propostas em certos tópicos tais como:

> A Reforma Sanitária engloba uma multiplicidade de objetos e concepções que ultrapassam as tarefas de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]. É chegado o momento de recuperar a Reforma Sanitária em sua plenitude, com as propostas de relações sociais e humanas contidas no projeto original [...]. A Reforma Sanitária Brasileira tem como princípio orientador a promoção da justiça social, obrigando a redução das assombrosas iniqüidades econômicas, sociais e sanitárias [...].[6]

Com tantas referências à RSB, ainda que a considerasse "inconclusa", é possível que esse folheto tenha ajudado a reativar a memória dos movimentos sociais e militantes presentes na 12ª CNS. Ao contrário do que ocorrera com as três últimas conferências (1992, 1996 e 2000), quando a expressão Reforma Sanitária esteve ausente dos relatórios finais, a 12ª Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca foi um pouco mais generosa com o seu idealizador: a Reforma Sanitária foi mencionada quatro vezes.[7] Assim, havia sinais positivos na avaliação do Cebes:

> Tempos diferentes de elaboração e de respostas é a confluência, que confere a característica central do Movimento da Reforma Sanitária: a convergência das práticas política, científica e ideológica para a transformação das condições

> de saúde e de atenção à saúde da população brasileira. [...] É preciso fazer chegar o ideário da Reforma Sanitária ao cidadão no seu dia-a-dia. Essa é, ao nosso ver, a nossa tarefa e a tarefa do governo (EDITORIAL, 2003c, p. 182).

Os desdobramentos dos seus resultados, especialmente o cotejamento entre as propostas do relatório final e as ações do governo nos anos subseqüentes, serão examinadas adiante. Assim no eixo temático correspondente a intersetorialidade das ações de saúde destacava-se:

> A articulação entre os diversos ministérios é o caminho para a consolidação da Reforma Sanitária. Significa conferir prioridade a problemas de saúde e garantir sua abordagem de forma intersetorial como política de governo. Nesse sentido, a articulação intersetorial mais próxima do setor Saúde é a constituição de um sistema de seguridade social. Como prática de ação política e de gestão, a intersetorialidade parte da compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes. [...] Entretanto, há um longo percurso, tanto no plano do saber quanto no plano das práticas, que permita fazer a ruptura do próprio modelo do conhecimento e de formação dos profissionais [...]. Na Saúde esse conceito [determinantes de saúde] é facilmente compreensível, pois a qualidade de vida é produto de um amplo conjunto de variáveis inter-relacionadas, associadas a diferentes setores da ação pública e social. A obtenção da eqüidade em saúde depende da implementação de políticas públicas intersetoriais, pois as iniqüidades são determinadas pelas desigualdades no acesso, na distribuição e na oferta de bens geradores da qualidade de vida, tais como: renda familiar, trabalho (urbano e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar e nutricional, eqüidade na qualidade do ensino, lazer e outros. Entre os profissionais de saúde já existe a consciência de que seus saberes e sua atuação setorial são insuficientes para alcançar resultados efetivos e transformadores para problemas complexos e para promover a qualidade de vida da população (p. 28).

Com base nessa argumentação que valoriza a intersetorialidade e uma concepção ampla de promoção da saúde as proposições

apresentadas terminam por destacar numa delas o *processo* da Reforma Sanitária:

> Reafirmar os princípios e as diretrizes do SUS de garantia universal, integral e eqüitativa do direito à saúde, consagrados no processo da Reforma Sanitária Brasileira e pela Constituição de 1988, que deverão se expressar na efetiva prática de promoção, proteção e recuperação da saúde, com articulações intersetoriais nas três esferas de governo, formulando políticas e ações para a melhoria da saúde e da qualidade de vida integradas à sociedade civil organizada e aos movimentos sociais, assegurando a participação efetiva e o controle social. (p. 30).

Outros momentos do corpo do relatório da 12ª CNS que, a título de argumentação, faz referência à RSB, dizem respeito aos eixos temáticos do Controle social e gestão participativa, assim como o de Ciência e tecnologia e a saúde. No primeiro caso, reitera-se que o controle social representa uma das diretrizes da Reforma Sanitária e da Constituição de 1988:

> O controle social da Política de Saúde do SUS é um dos princípios fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira e uma importante inovação garantida pela Constituição. O controle social e a gestão participativa no SUS contribuem para a ampliação da cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, diferente de uma mera visão de consumidor de bens e serviços (p. 74).

No que diz respeito ao eixo temático de Ciência e tecnologia e a saúde, trata-se de uma tentativa de recuperar a questão científica e tecnológica na agenda da RSB:

> A política de pesquisa em saúde é um componente da Política Nacional de Saúde e deve ser incorporada na agenda da Reforma Sanitária. Para tal, a pesquisa em saúde deve ocupar um outro patamar político, orçamentário e financeiro, com a construção de uma Política de Ciência e Tecnologia em Saúde. [...] Essa política deve abarcar todas as dimensões da cadeia do conhecimento, os atores envolvidos na pesquisa em saúde e a

> complexidade dos processos de produção de conhecimento científico e tecnológico no setor. Uma agenda de pesquisa prioritária, para ser bem-sucedida, deve decorrer do consenso político, técnico e ético entre os múltiplos atores que operam a pesquisa em saúde e estar orientada para a melhoria das condições de vida da população (p. 99).

No caso desses dois eixos temáticos, apesar da expressão Reforma Sanitária aparecer a título de introdução, deixa de ser mencionada nas dezenas de proposições apresentadas. Contudo, nesse Relatório Final aparecem propostas de alcance amplo tais como: rompimento das práticas setoriais isoladas, agendas intersetoriais e a recomendação de uma Conferência Intersetorial Nacional. A maior parte das demais propostas já tinha sido objeto de deliberações em conferências anteriores. Assim, autores que analisam as conferências nacionais de saúde reconhecem, cada vez mais, suas limitações, pois criam "mais uma imagem-objetivo, mais um ideal a alcançar, do que uma realidade de fato" (ESCOREL; BLOCH, 2005, p. 112).

O relatório final da 12ª CNS não conseguiu ser aprovado pela plenária, dada a sua extensão e "aspectos polêmicos", transferindo-se tal atribuição ao Conselho Nacional de Saúde que ratificou a versão final em setembro de 2004 e realizando a sua distribuição até janeiro de 2005.

> Saúde em Debate [...] esteve presente nos lugares e momentos que se tornaram 'grandes' acontecimentos do período - com o inacabado processo da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que expressou momentos de auto-análise para o movimento da Reforma sanitária e, ao mesmo tempo, contribuiu para que não ficasse como um evento parado no ar, risco que ocorreu (EDITORIAL, 2004, p. 189)

Esta preocupação do movimento sanitário, consubstanciada na posição do Cebes, talvez revele uma percepção de que o formato das conferências já não atende os propósitos da sua redefinição instaurada em 1986.

A participação social

A participação social em saúde ampliou-se no governo Lula, embora com limites e ambigüidades. As relações Estado-conselho, por exemplo, apresentaram problemas de fisiologismo ("cabresteados pelo gestor"), falta de capacitação de conselheiros, burocratização, corporativismo, "partidarização e disputa de interesses dos conselhos em razão da interferência política, o que diminui a sua autonomia" (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 225). A percepção da crise do controle social no SUS já é sinalizada nessa investigação:

> O resultado do questionário mostra que a institucionalização é um processo contraditório, com dimensões positivas e negativas, de forma mais acentuada na relação com o Estado. [...] Parece que a aposta para a efetividade do controle social está na sociedade. Estaria o Estado, já por demais burocratizado, prisioneiro das amarras do fisiologismo e do descaso? (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 227).

As ambigüidades foram reveladas nos discursos de distintos entrevistados selecionados na pesquisa acima citada. Uns duvidam que o Conselho Nacional de Saúde e a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde debatam com a sociedade (CANTARINO *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 232) enquanto outros advertem que a representação popular e os conselhos "não podem seguir a lógica da forma 'partido'. (TAMBELLINI *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 234). Outros, ainda, lembram o fato de que o conselho integra o Estado:

> O controle social fala de uma autonomia que não existe, porque o conselho é parte do poder executivo, é parte do Ministério da Saúde e parte das secretarias estaduais e municipais de saúde, é isso que está escrito. É a democratização do aparelho de Estado. Querer se comportar como sociedade civil é uma contradição enorme [...] (ESCOREL *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p.323).

Não obstante as conquistas na democratização do Estado no setor saúde, os conselhos parecem reproduzir os velhos problemas

da política convencional, particularmente no caso em que partidos de sustentação do governo são os mesmos dos conselheiros: "há uma dificuldade no governo Lula, decorrente do fato de que grande parte da militância da saúde é composta por representantes de partidos que estão na base do governo" (FEGHALI *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 246). O aparecimento do "militante profissional de controle social", atuando em vários conselhos para cumprir tarefas partidárias ou corporativas seria um outro sinal do mal-estar identificado na participação social do SUS:

> Tenho uma posição de ressalva no que diz respeito a alguns aspectos do controle social. Por exemplo, surgiu a figura do militante profissional de controle social no Brasil. Pode-se encontrar essa figura, hoje, em toda parte. Principalmente nos maiores conselhos, nos conselhos estaduais, gera-se uma disputa bastante acirrada por posições ideológicas, partidárias, inclusive posições pessoais. (GOULART *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 243).

Assim, o "movimento pelo direito à saúde" ou o "movimento social da saúde", como vem sendo denominado no período mais recente, enfrenta novos desafios, correndo o risco de tornar o SUS refém dos interesses imediatos dos partidos políticos, aprofundando as "contradições do controle social e do SUS, a partir do governo Lula" (FALEIROS *et al.*, 2006, p. 261). Diferentemente do movimento sanitário que sempre se pautou por uma ação supra-partidária, praticando uma autonomia relativa face aos governos, esses novos atores sociais parecem resistentes à crítica (TAMBELLINI *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 266), adotando um "defensismo" (FEGHALI *apud* FALEIROS *et al.*, 2006, p. 274) que compromete a rearticulação dos movimentos sociais que assumem a saúde como um objeto para além da dimensão setorial.

Mais do que a reiteração dos limites e ambigüidades talvez a situação indique problemas insuficientemente teorizados ou debatidos a requererem uma superação pela positividade, isto é, mediante o desenvolvimento de pesquisas e a construção de práticas políticas menos convencionais.

Balanço provisório do Governo Lula

A política de saúde no Governo Lula, executada pelo Ministério da Saúde, tem sido avaliada de forma positiva (MENDONÇA *et al.*, 2005), a exemplo da ampliação da atenção básica através do PSF, da implementação da Reforma Psiquiátrica, do SAMU e da política de Saúde Bucal. Os esforços para a formulação de políticas de assistência hospitalar, urgências, "média e alta complexidade", bem como a elaboração do Plano Nacional de Saúde e a aprovação dos Pactos pela Saúde, também podem ser consideradas intervenções relevantes para o SUS (BRASIL. Ministério da Saúde..., 2006c).

Mas a continuidade das políticas de ajuste macroeconômico e a reforma da previdência seguiram na contra-mão das políticas de saúde inspiradas no projeto da Reforma Sanitária. O esforço realizado na área de saúde teve de ser intensificado, a cada momento, diante das modificações das equipes do Ministério da Saúde que abrigou três ministros em apenas quatro anos de governo: "A cada novo Ministro muda um mundaréu de gente entre equipe dirigente e técnicos operadores.[8] Além disso, o "embate econômico X social" continuava, sem cerimônia, no Governo Lula:

> O uso de 5 bi do fome zero contabilizado duas vezes, uma saúde e outra como Fome Zero; a defesa de gasto com saneamento como responsabilidade financeira da saúde; a tentativa de desvinculação das receitas dos estados e municípios diminuindo a base do percentual dos recursos da saúde [...]; a farmácia popular como a introdução oficial do co-pagamento na saúde; [...] débito de 2 bilhões de reais da União com a saúde como somatória dos anos 2001, 2002, 2003 por descumprimento da EC-29; [...]; 101 caixinhas de repasse, características do planejamento normativo centralizado; [...]; 10 portarias a cada dia útil; [...] iniqüidade de dar mais para quem mais pode e tem: o Complexo Médico Industrial, Comercial e Midiático".[9]

Contudo, os indicadores de saúde da população e os referentes a recursos e cobertura do sistema de serviços de saúde, particularmente do SUS, mantiveram a evolução positiva observada no período

FHC. Assim, a expectativa de vida ao nascer alcançou 72 anos em 2005, sendo 76 anos para as mulheres e 71,4 anos para os homens, enquanto a taxa de mortalidade infantil no Brasil decresceu para 22,6 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos em 2004. Neste ano, 97% dos partos eram feitos em hospitais e alcançava-se uma cobertura vacinal para crianças de 100% para a tríplice viral e 95% para a tetravalente.[10]

O 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde: uma nova inflexão no movimento da Reforma Sanitária?

Nessa oportunidade, uma nova rearticulação de forças políticas em defesa da Reforma Sanitária fez-se presente no Congresso Nacional tematizando o SUS. O tema do evento promovido pela Frente Parlamentar da Saúde, no período de 28 a 30 de junho de 2005, foi *SUS - o presente e o futuro: avaliação de seu processo de construção.* Contou com a participação de entidades de saúde, representantes dos governos federal, estaduais e municipais, Ministério Público, Poder Judiciário, além de parlamentares. A natureza suprapartidária do movimento sanitário possibilitou, mais uma vez, uma participação ativa de seus militantes, contribuindo na formulação da *Carta de Brasília*.

Reconheciam-se mudanças positivas na implementação do SUS, mas ressaltavam-se os baixos níveis de saúde e as desigualdades sociais e regionais. E, tal como postulava a Reforma Sanitária na década de oitenta, defendeu-se o desenho de políticas públicas comprometidas com a vida das pessoas e da coletividade, com destaque para a Seguridade Social. Além de listar pontos relevantes entre os quais uma política de "desenvolvimento socioeconômico", a regulamentação da EC-29 e a revisão dos subsídios e isenções fiscais para a saúde suplementar, o documento considerava o processo da RSB como um projeto civilizatório, concepção defendida por Sérgio Arouca desde 2001, como foi mencionado anteriormente.

O 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde parece demarcar uma nova inflexão no movimento sanitário. O Governo Lula, ao incorporar no Ministério da Saúde importantes lideranças e quadros técnicos vinculados ao movimento, produzia uma certa parcimônia na crítica às suas políticas, apesar do mal-estar causado pelo pragmatismo e manutenção ou radicalização do ajuste macroeconômico. Os escândalos divulgados em 2005 em torno do "mensalão" e as mudanças ocorridas nos quadros dirigentes da saúde, em função do afastamento do Ministro Humberto Costa, propiciavam um terreno no qual a realização do 8º Simpósio favoreceria uma retomada do movimento sanitário e da articulação política.

A tese de que o SUS é uma política de Estado e não de governo passou a ter maior difusão, enquanto se explicitava uma crítica contundente aos limites das "forças internas do SUS" e ao paradigma das políticas de Estado:

> As evidências acumuladas vêem comprovando que as forças internas do SUS, sociais e políticas, esgotaram sua capacidade de promover por si a ruptura com os procedimentos desvirtuados pelo atual paradigma das políticas de Estado [...] O projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades. Todas as propostas devem ter como principal objetivo a melhoria das condições de saúde da população brasileira, a garantia dos direitos do cidadão, o respeito aos pacientes e a humanização da prestação de serviços.[11]

Justamente num momento em que se reiterava o caráter transformador do *projeto* e do *processo* da Reforma Sanitária o governo Lula encaminhava a Medida Provisória 261 tentando, mais uma vez, gastar em outras áreas os recursos da saúde assegurados pela EC-29. No entanto, a Câmara dos Deputados impediu a retirada de R$ 1,2 bilhão do Ministério da Saúde para o programa Fome Zero (WESTIN, 2005).

O não cumprimento da EC-29 em 2004 foi flagrante para 12% dos municípios e quatro unidades da federação. Mas a situação era mais grave: 22% dos municípios e dez estados não enviaram informações,

muitos incluíam programas sociais, obras de saneamento e pagamento de aposentadorias, como gastos de saúde. Por exemplo, no Rio de Janeiro o governo contabilizava como gastos em saúde, programas de Restaurante Popular, Cheque Cidadão e Despoluição da Baía da Guanabara, enquanto o Rio Grande do Sul incluía os servidores inativos nas contas da saúde:

> O mau exemplo vem de cima [...] O governo federal buscou incluir nas contas os hospitais das Forças Armadas - embora públicos, eles atendem só os militares [...]. Da mesma fonte conseguiu levar R$186 milhões para o Ministério das Cidades, para tratar o esgoto das grandes cidades. Só neste ano, por causa desses subterfúgios, o poder público deixou de gastar R$ 9 bilhões em hospitais, equipamentos médicos, remédios e exames em todo o País, de acordo com a última estimativa do Ministério da Saúde. Os que mais deixaram de investir foram os Estados (R$ 4 bilhões) (WESTIN, 2005).

Ao mesmo tempo, o Conass apresentava suas prioridades ao Ministro da Saúde[12] e gestores municipais lançavam a Carta de Aracaju.[13] Os secretários estaduais destacaram prioridades relativas ao financiamento e alocação de recursos, assistência farmacêutica, atenção primária, recursos humanos e “Pacto Político entre Gestores para a definição das responsabilidades sanitárias”. Já os secretários municipais, reunidos em Assembléia do VII Congresso das Secretarias Municipais de Saúde da Região Nordeste, apontaram o “Pacto de Gestão”, garantia de medicamentos no SUS, saúde da família e a gestão do trabalho em saúde.

Interessante notar que as reivindicações apresentadas pelos gestores parecem indicar uma posição de que estados e municípios não fazem parte do Estado Brasileiro, com responsabilidades e competências definidas pala Constituição e pelas leis da República Federativa do Brasil. Essa tem sido a tônica da atuação desses atores sociais na construção do SUS. Mas quais as concepções e posições defendidas pelo movimento sanitário diante desse momento conjuntural? Como se apresentava o pensamento do Cebes e dos intelectuais orgânicos da RSB?

O pensamento e a ação do Cebes e da Abrasco naquele momento transitavam para além do subfinanciamento da saúde, com possíveis repercussões no processo da Reforma Sanitária. O escândalo do "mensalão" afastou militantes e simpatizantes do PT do governo, seja por comprometimento com as irregularidades, seja por se envergonharem delas. E em segmentos do movimento sanitário percebia-se uma consciência crescente de que era imprescindível reforçar a ação política no âmbito da sociedade civil, pois diante de tantas turbulências já não seria aconselhável esperar que a RSB pudesse ter continuidade apenas pela via do governo. Assim, foi lançado um manifesto subscrito pelo Cebes, Abrasco, Abres, Rede Unida e Ampasa no final daquele ano, realçando a Carta de Brasília e criticando o comprometimento crescente do orçamento público com o pagamento de juros, o subfinanciamento do SUS, a concentração da riqueza e o "SUS pobre para os pobres". Defendendo, entretanto, a premente "intensificação da realização da Reforma Sanitária Brasileira".

> Tal como ocorreu em outras crises conjunturais, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira condena veementemente os governantes, parlamentares e atores públicos, deleteriamente envolvidos na crise política de 2005, somando forças pela firmeza das apurações, punições e devolução dos recursos desviados, direta ou indiretamente, de fonte de recursos públicos [...]. O Estado Brasileiro vem regulando a Sociedade para seguir com um modelo econômico excludente, quando, nos moldes de um Estado democrático, deveria estar regulando a Economia para assegurar, ampliar e proteger os direitos e bem estar da Sociedade. Este Estado vem propiciando governos e coalizões, que levam a graves crises políticas e aprofundam na população a perplexidade e descrença sobre a política e a ética como o caminho para as necessárias transformações.[14]

Assim, as entidades signatárias não deixavam dúvidas quanto ao seu distanciamento dos rumos do Governo Lula ao defenderem a saúde e a qualidade de vida dos brasileiros. Além de tomar posição, o movimento sanitário autodefinia-se em função de sua história e explicitava suas concepções, conforme a seguir:

> O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nos seus 30 anos de atuação, é movimento típico de um processo civilizatório maior, que busca a prevalência dos valores sociais da solidariedade e da justiça social [...]. Alinha-se propositivamente às mobilizações sociais e políticas, pela imediata ruptura com os rumos vigentes e pelo início já da reconstrução da política econômica, rumo à construção de políticas públicas universalistas e igualitárias, eixo básico estruturante da garantia dos direitos sociais e redistribuição da renda![15]

Se em certos momentos pairou alguma dúvida sobre a autonomia de parte dessas entidades diante de governos com os quais nutriam alguma identidade político-ideológica, sobretudo quando necessitavam de recursos públicos para a sua manutenção, este manifesto fortalecia o pólo mais crítico do movimento sanitário, concluindo:

> Devemos continuar firmes na luta e manter viva e articulada a aliança bem sucedida entre a população brasileira, profissionais da Saúde, prestadores de serviços, dirigentes e técnicos do SUS, parlamentares, membros do Ministério Público e outros que militam pelos princípios e diretrizes do SUS. Esta militância acredita na força das lutas do povo e tem certeza de que um novo Brasil ainda é possível.[16]

Na realidade, esse manifesto político pretendia algo mais do que divulgar uma peça retórica de denúncia, ruptura e reivindicação. Era uma convocação para a luta no sentido de manter viva e articulada a "aliança bem sucedida" constituindo o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. Nessa convocatória as entidades comprometeram-se com um conjunto de iniciativas, tais como:

> Divulgação e produção permanentes de documentos de natureza técnica e sócio-político-institucional, com vistas a fomentar e apoiar a mobilização da sociedade e as necessárias mudanças institucionais; sistematização da articulação permanente entre entidades e instituições da Sociedade, dos Governos, do Legislativo, da Magistratura, do Ministério Público e da Universidade, em cada Unidade Federada; participação nos eventos de abrangência nacional e regional,

> no âmbito das políticas públicas, da seguridade social e da saúde; associação aos demais movimentos da Sociedade brasileira por uma urgente Reforma política que amplie o seu controle sobre o Estado; participação ativa na Comissão aprovada no 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, ao lado das representações da Frente Parlamentar da Saúde e Comissões do Congresso Nacional. [17]

Ao proceder a uma crítica ao Estado Brasileiro realmente existente e aos governos incapazes de contribuírem na consecução da sua reforma democrática o movimento sanitário, na sua vertente cebiana, retomava a sua especificidade e autonomia no âmbito da sociedade civil, sem desprezar a articulação necessária com o Executivo, o Legislativo e o Judiciário. Já que existe a Frente Parlamentar da Saúde, a Plenária dos Conselheiros de Saúde, o Conass e o Conasems – instâncias que representam partes do Estado, faltava um espaço de manifestação da sociedade civil com as características do movimento sanitário. Na medida em que as Plenárias da Saúde foram substituídas pela Plenária dos Conselheiros de Saúde na segunda metade da década de noventa, o movimento sanitário esmaeceu-se, relativamente, diante da ação política de gestores, corporações e grupos de interesse.

O fato de os usuários estarem presentes nos conselhos de saúde e indiretamente na respectiva Plenária não tem sido suficiente para defenderam o direito à saúde (individual e coletivo) e a Reforma Sanitária como projeto civilizatório e solidário, face à sua atomização e partidarização. Nesse sentido a proximidade de entidades como o Cebes, Abrasco, Ampasa e outras no Fórum da Reforma Sanitária Brasileira sinalizava para possibilidades instituintes e renovadoras. Se o movimento quando se transforma em sistema tende a fazer dominar a dimensão instituída do processo sobre a instituinte, a recuperação e transformação do movimento poderiam conquistar novas energias instituintes transcendendo, portanto, o sistema.

Do movimento ao sistema: a propósito da História e Perspectivas do SUS

Quando o movimento da Reforma Sanitária reduziu-se ao sistema SUS, parece confinar-se a questões de financiamento, organização e gestão, reduzindo o seu conteúdo reformista ou revolucionário. O instituído domina o instituinte, até mesmo na produção acadêmica.

Tal como se examinou anteriormente no período FHC o livro intitulado *Saúde e Democracia. A luta do Cebes* (FLEURY, 1997), lançado no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, a análise da coletânea *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (LIMA *et al.*, 2005) poderia ilustrar como se apresentava o pensamento do Cebes e de parte dos intelectuais orgânicos da RSB quase uma década depois. Cabe lembrar que *História e Perspectivas do SUS* era, também, o título de um Seminário realizado em outubro de 2004, como parte da comemoração do cinqüentenário da Escola Nacional de Saúde Pública.

Embora a relação saúde e democracia seja reiterada nessa oportunidade, constata-se um deslocamento do discurso em relação à coletânea organizada pelo Cebes anteriormente, pois a ênfase na "luta" foi substituída pela "história e perspectivas". Neste subtítulo realçava-se o SUS, em vez da RSB, apesar de o Presidente da Fiocruz ressaltar no prefácio "as origens da Reforma Sanitária da década de 1980 [...] com sua bela construção política e acadêmica" (BUSS, 2005, p. 12). Admitia que a criação do SUS foi "a mais bem-sucedida reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático" (BUSS, 2005, p. 15).

Ainda que o discurso desse livro aluda a uma reforma social, ilude quanto à sua radicalidade, na medida em que parece se restringir ao tipo de reforma parcial configurada pelo SUS. Esse binômio alusão-ilusão próprio das práticas ideológicas foi, também, constatado por Arouca (2003) ao analisar o "dilema preventivista". A Medicina Preventiva aludia aos problemas, mas iludia quanto à solução, pois desconsiderava a necessidade de uma prática teórica e de uma prática

política, capazes de produzir conhecimento e modificar as relações sociais. Já a Reforma Sanitária alude para uma reforma social ampla (reforma geral) e mudanças no modo de vida (revolução no modo de vida) e ilude quanto às suas possibilidades quando se restringe ao SUS (reforma parcial).

Essa aparência de transformação social pode ser ilustrada pela terceira parte do livro estruturada em artigos voltados para o resgate conceitual, ideológico e político da RSB. Independentemente da intenção e do compromisso dos seus autores, cumpre advertir que os movimentos de reforma parcial correm o risco de assumirem uma feição manipuladora:

> Los movimientos que apuntan a las reformas parciales pueden convertirse fácilmente en vehículos para la manipulación [...] simplemente por el hecho de que canalizando la oposición al sistema social existente hacia la reforma de las particulares y parciales instituciones concretas, crean la apariencia de transformabilidad de un determinado orden social (HELLER, 1986, p. 167).

Alguns autores procuram identificar a contribuição da saúde na construção do Estado Nacional, especialmente a partir da República Velha, e, ao constatarem certa politização da saúde naquela conjuntura ou no debate sobre saúde e desenvolvimento no período 1950-1960 questionam a concentração da análise do movimento sanitário nas décadas seguintes. Dessa forma, passam a chamar "reforma sanitária" as iniciativas político-ideológicas de reforma do setor da saúde, desenvolvidas no Brasil a partir da República:

> Um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil durante a Primeira República. [...]. O movimento sanitarista da Primeira República transformou a saúde em questão social e política - o grande obstáculo à civilização (LIMA *et al.*, 2005, p. 33-35).

Se esta opção teórico-metodológica procura evitar a tentação de um texto triunfalista sobre o movimento sanitário no último quartel do século 20 incide, entretanto, no risco de conduzir uma

interpretação de certa continuidade histórica diante de situações distintas.

A Reforma Sanitária, resultante do movimento da democratização da saúde no Brasil na década de 70, não teve origem no Estado e sim na sociedade civil. Esta especificidade da RSB lhe distancia de outras reformas setoriais antigas ou contemporâneas patrocinadas por organismos internacionais ou derivadas de áreas econômicas de Estados nacionais e dos rearranjos administrativos do início do século 20, como aqueles realizados por Oswaldo Cruz, ou daqueles efetuados pela Reforma Carlos Chagas em 1923. Essas reformas "pelo alto" pouco têm a ver com as lutas sociais pela saúde, direito à saúde e movimentos sociais ou de trabalhadores, construídos no final do século 20:

> Não há como esquecer que os sanitaristas da Primeira República, que foram férteis em ideologias de mudança, encontravam limites no próprio caráter conservador do período. Propostas de modernização estrutural - como as de um Samuel Pessoa - teriam de esperar até os anos 80 para se desenharem como politicamente possíveis, com o advento de uma democracia participativa e a eclosão de movimentos sociais pela saúde como direito da cidadania, na longa luta pela reforma sanitária no Brasil (SANTOS; FARIA, 2003).

Seja chamando de movimento da democratização da saúde, movimento sanitário ou movimento da reforma sanitária brasileira, o que importa destacar é a sua organicidade com os movimentos sociais que combateram a ditadura, apostando na bandeira "Democracia é saúde; Saúde é Democracia" e engendrando o *projeto* da Reforma Sanitária. Uma alternativa para esse uso banalizado da denominação Reforma Sanitária Brasileira, como se fora um fenômeno histórico-social contínuo, seria considerar o *projeto* concebido no último quarto do século 20 como a *Reforma Democrática da Saúde no Brasil*.

Mesmo sem assumir uma postura antiestatal, esse *projeto* nasceu na sociedade civil, a partir da interação entre estudantes, intelectuais, trabalhadores de saúde e classes populares. Pretendendo conquistar o poder, a partir de uma "guerra de posição" e de certas táticas da

"guerra de manobra" foi ocupando espaços no Estado – Parlamento e organizações públicas do Executivo – e, mais recentemente, realizando incursões no Ministério Público e no Judiciário. Nada parecido ocorreu com o "movimento sanitarista" da Primeira República nem com os "desenvolvimentistas" do período anterior a 1964.

Reforçando, talvez, os argumentos acima expostos, os capítulos seguintes do livro em discussão contemplam as origens da Reforma Sanitária e do SUS (ESCOREL *et al.*, 2005) e as contribuições das Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS (ESCOREL; BLOCH, 2005), apontando a articulação do movimento sanitário, especialmente nos governos Geisel e Figueiredo, e na transição democrática. Ou seja, esses autores reconhecem que a Reforma Sanitária e o SUS emergem nessa conjuntura e nada têm a ver com o higienismo, o sanitarismo e o desenvolvimentismo do século 20.

Nessa mesma linha, um dos autores, ao apontar a ciência, tecnologia e inovação como um paradoxo na Reforma Sanitária realçou certas características desse *processo*: a) caráter contra-hegemônico em relação aos projetos liberalizantes; b) abrangência ao cobrir as três esferas de governo e inserir a saúde na concepção de Seguridade Social; c) virtuosa associação entre usuários, trabalhadores em saúde e intelectuais de corte acadêmico, além da representação política parlamentar. Assim, o paradoxo consistiria no tema C&T&I em saúde ter sido negligenciado pela Reforma Sanitária, ainda que a Saúde Coletiva, mediante pesquisas, a tenha alimentado (GUIMARÃES, 2005).

Nesse capítulo o autor apontou a organicidade entre a Saúde Coletiva e a Reforma Sanitária Brasileira na medida em que desenvolveu uma análise das relações entre o campo científico da Saúde Coletiva e o projeto da RSB:

> [...] foi contemporâneo e intimamente associado à construção de um campo específico de prática de intervenção, de formação profissional e de pesquisa denominado Saúde Coletiva, bastante original em seu desenho e bem-sucedido em sua performance acadêmica (GUIMARÃES, 2005, p. 248).

Outros textos que compõem a coletânea deixam de se concentrar na Reforma Sanitária enquanto *projeto* ou *processo*, exceto um voltado para os trabalhadores da saúde, quando a autora apresenta uma avaliação positiva para a RSB, não obstante as limitações no que se refere ao quadro de recursos humanos (RH):

> É fato que a Reforma Sanitária se fez realidade e que o SUS se consolidou em termos de um sistema unificado de assistência e atenção à saúde para os brasileiros. Resolveu-se em boa parte a questão do financiamento entre as três esferas de governo. No entanto, a negligência em que se deu a adoção de políticas de RH é um fato. Pode-se dizer que a década de 1990 foi perdida para os trabalhadores da saúde [...]. Isso transformou a questão de RH, ao longo da década, em um enorme problema para a Reforma sanitária, invertendo toda a lógica preconizada no processo da reforma, de serem os trabalhadores (recursos humanos) peças-chave para a consolidação do SUS (MACHADO, 2005, p. 273-277).

Os demais textos privilegiam o desenvolvimento do SUS, com destaque para o financiamento, ajuste macroeconômico, descentralização, conselhos de saúde, focalização, universalização, modelos de atenção, PSF, entre outros. Esta opção editorial de centrar-se na reforma do sistema público de saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2005) ou na reforma da política de saúde (ARRETCHE, 2005) pode estar apontando uma análise concreta do processo real, ou seja, o que há de concreto é o SUS, Reforma Sanitária seria retórica.

Ainda assim, o livro traz algumas reflexões que chamam a atenção para o fato de que a conjuntura histórico-política internacional e, particularmente, latino-americana, centrada no ajuste macroeconômico "não era a mais apropriada para a expansão e realização de uma proposta deste teor" (GERSCHMANN; VIANA, 2005, p. 309). Desse modo, a Reforma Sanitária e seus princípios cresceram e se desenvolveram na contra-mão dessa conjuntura.

A retomada das diretrizes da Reforma Sanitária na 12ª Conferência Nacional de Saúde assinalada em outro texto (BAHIA, 2005) e o aparecimento de movimentos moleculares de resistência e de críticas

às políticas governamentais, expressos no 8º Simpósio e na criação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, sugerem que o seu *processo* não teve fim.

Retomada da defesa da Reforma Sanitária

Independentemente do juízo que se possa dispor do primeiro mandato do Presidente Lula, inclusive na área da saúde, cabe reconhecer o fato de que as forças políticas e sociais que passaram a ocupar espaços nesse período possibilitaram, ainda que no plano discursivo, uma retomada do tema da Reforma Sanitária na agenda política. Cumpre recordar, a título de ilustração, que a expressão Reforma Sanitária esteve ausente nos relatórios finais das últimas Conferências Nacionais de Saúde (9ª, 10ª e 11ª), só voltando a ser citada, exatamente, no Relatório Final da 12ª CNS, em 2003.

No âmbito da sociedade civil, a criação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira possibilitou a realização de um conjunto de reuniões com lideranças e militantes do movimento sanitário na passagem de 2005 para 2006 produzindo textos de natureza técnica e sócio-político-institucional. No âmbito governamental, o processo de repolitização da saúde[18] encontrou ressonância em pelo menos três iniciativas no último ano do governo Lula I: a) aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde do Pacto pela Saúde, incluindo o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão; b) formalização da Política Nacional de Promoção da Saúde; c) criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Esta Comissão apresentou em agosto de 2006 um documento defendendo um conjunto de políticas que favoreçam a promoção da saúde, assegurem a melhoria das condições de vida e valorizem o mercado de trabalho, a proteção ambiental, a paz e a solidariedade (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE, 2006, p. 19).

Pela amplitude de questões envolvidas nessas iniciativas e especialmente diante da tematização de intervenções em saúde de maior espectro que transcendem o setor pode-se vislumbrar um segundo momento para a RSB. Ou seja, se no primeiro momento a ênfase foi concedida à implantação do SUS, nesse segundo momento tornava-se possível tematizar, mais uma vez, a "totalidade de mudanças" concebida no projeto da Reforma Sanitária.

A revitalização do Cebes, foi percebida numa assembléia histórica durante o VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/XICongresso Mundial de Saúde Pública em agosto de 2006, com eleição e posse da nova diretoria. Esta chamada "refundação do Cebes", apesar de recente, tem propiciado novas mobilizações e articulações orientadas por uma plataforma política assentada em análises de conjuntura e definição de novas estratégias (CENTRO BRASILEIRO..., 2006).

Nesse mesmo Congresso aberto, pela primeira vez na história da Abrasco, pelo Presidente da República e ministros de Estado, também foi a oportunidade de reencontro com intelectuais e militantes de esquerda, como sociólogo português Boaventura de Sousa Santos e o professor italiano Giovanni Berlinguer. Nessa oportunidade foi divulgado o texto *O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade* (CENTRO BRASILEIRO..., 2005), elaborado pelas entidades que constituíram o Fórum da Reforma Sanitária e discutido com a Frente Parlamentar da Saúde.

Esse documento teve como perspectiva contribuir nos debates das eleições de 2006, além de buscar compromissos com candidatos a presidente, governadores, senadores e deputados no que tange às teses e proposições da RSB e do SUS. Defendia a radicalização do processo de desenvolvimento nacional centrado nos seguintes propósitos: crescimento autônomo e soberano, geração de emprego, distribuição de renda e garantia dos direitos da cidadania. Apresentava como um dos tópicos de discussão "A Reforma Sanitária e o SUS", retomando teses centrais da Carta de Brasília. Assim, entendia o SUS como uma política que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades e a Reforma Sanitária como expressão de um

"desejo de transformação social". A sua materialização institucional no SUS podia ser explicada como resultante dos enfrentamentos com as contingências verificadas no seu processo.

Esta vinculação da RSB à transformação social e, simultaneamente, o reconhecimento de que a sua expressão institucional no SUS decorreu de uma dada correlação de forças sugerem que a trajetória percorrida poderia ser modificada por uma repolitização da saúde. Além disso, o documento considerava como nova fase do processo da RSB a elaboração de um referencial teórico e estratégico, bem como a construção de métodos e instrumentos de gestão do SUS.

Dando continuidade às discussões sobre os rumos da Reforma Sanitária o Cebes realizou uma plenária pública em 25/9/06 no Rio de Janeiro para analisar a conjuntura política. Entre os temas discutidos destacaram-se o movimento sanitário e a mídia, ampliação da agenda, o retorno da "militância" e as propostas dos candidatos para a saúde. Assim, reconheceu-se que as plataformas de saúde dos candidatos a Presidente não eram conhecidas pela sociedade, que a saúde não era prioridade para os partidos políticos e que não havia nos programas de saúde divulgados nada de inovador que diferenciasse uma proposta de outra.[19]

Nesse período pré-eleitoral diversos atores sociais apresentaram propostas aos candidatos à Presidente da República. O Conass, por exemplo, indicou as seguintes prioridades: 1) Compromisso com os princípios constitucionais do SUS; 2) Em defesa do SUS; 3) Pacto pela vida; 4) O desafio do financiamento; 5) Aumento da eficiência da gestão do SUS; 6) Regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29; 7) Ênfase na atenção primária; 8) Mais recursos para a média complexidade ambulatorial e hospitalar; 9) Redução das desigualdades regionais; 10) Novo pacto federativo e reforma tributária; 11) Aumento de recursos no orçamento do Ministério da Saúde; 12) A crise de financiamento do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional; 13) Mudança no Modelo de Atenção à Saúde - regionalização e organização de redes; 14) Pacto de gestão. Concedeu especial destaque para a repolitização da saúde, um

"amplo movimento de mobilização social", a "batalha da comunicação com a sociedade brasileira", os Pactos da Saúde e o financiamento.[20]

Entretanto, por um caminho distinto, o Plano de Governo 2007-2010 divulgado pelo candidato Lula apresentava as seguintes proposições para a saúde:

> Fortalecer a gestão do SUS, pública e democrática, com controle social, como instrumento de identificação das necessidades da população, atendimento ao interesse público e combate à corrupção; Organizar as ações e serviços em rede nacional única e integrada de atenção à saúde; Universalizar o cartão SUS [...]; Assegurar a universalização do acesso às ações e serviços de atenção básica, por meio das equipes de saúde da família e das unidades básicas de saúde; Criar os Centros de Atendimento Especializados de média complexidade [...]; Manter a prioridade ao Programa Brasil Sorridente, ampliando a rede de Centros de Especialidades Odontológicas do país; Criar o TELESAÚDE [...]; Apoiar estados e municípios na criação de Centrais de Regulação [...]; Ampliar o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU [...]; Dar continuidade à implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica [...].; Fortalecer e ampliar as ações preventivas das doenças sexualmente transmissíveis e do HIV [...]; Continuar as ações de modernização e ampliação da capacidade instalada e da produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais [...]; Fomentar a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico e industrial sustentável, para a a auto-suficiência na produção de matéria prima, de hemoderivados, vacinas, medicamentos e equipamentos [..][21]

Em resumo, fazer um pouco mais do mesmo nos âmbitos setorial e institucional. Nada de controle dos "planos de saúde", nada sobre financiamento e investimentos, nada de trabalhadores de saúde, nada de vigilância sanitária, nada de proteção à saúde, nada de prevenção de doenças e riscos (exceto DST), nada de determinantes sociais da saúde, nada de ação intersetorial, nada de promoção da saúde, nada de "totalidade de mudanças". Enfim, nada que sugerisse um compromisso com a Reforma Sanitária Brasileira.[22]

No caso do PSOL, a proposta consistia em inverter radicalmente os gastos públicos para saúde, educação e infra-estrutura. Mencionando

o campo da saúde pública, defendia que se tornasse uma política prioritária para que os recursos fossem "suficientes para atender as necessidades da população".

Já o PSDB referia-se, também, à saúde pública defendendo: a generalização da assistência médica domiciliar; ampliação da ação do Estado no campo da prevenção de enfermidades; fortalecimento das agências governamentais de vigilância sanitária e ambiental; valorização das entidades sociais sem fins lucrativos; firmar no texto constitucional normas obrigatórias de aplicação de recursos públicos na área de saúde, nos três níveis de governo; aprofundamento da descentralização e da municipalização; ampliação do controle da sociedade sobre o conjunto das atividades relacionadas à saúde; reforço do controle e da vigilância dos órgãos públicos sobre os planos privados de saúde; consolidação da política de comercialização dos medicamentos genéricos; incremento da pesquisa científica e tecnológica.

Diante desse quadro, havia os que apontavam motivos para votar no candidato à reeleição. Um dos mais ácidos críticos desde o início do primeiro mandato, o professor Chico de Oliveira, declarou no segundo turno: agora voto em Lula. E assim explicava o que estava em jogo naquelas eleições:

> Há uma corrida feroz em direção aos fundos que o Estado ainda controla, como os recursos do BNDES e do FAT (Fundo de Amparo ao Trabalhador). O BNDES é o maior banco de investimentos do mundo e deixa bem para trás o Banco Mundial [...]. E há disputa pelos benefícios gerados a partir da dívida pública, que beneficiam cerca de 20 mil famílias, segundo pesquisa do professor Márcio Pochmann, da Unicamp. Essas 20 mil famílias lucram com a dívida pública mas não a gerem. [...] A diferença maior entre as orientações de Lula e de Alckmin, em termos amplos, é que o segundo promoveria uma privatização acelerada do que resta de ativos em mãos do Estado. [...] Várias forças que atuaram dentro do PT voltam a ter chance de disputar esse governo. Estou disposto a voltar a correr esse risco, embora o governo não me agrade, seja capitalista e poderia ter avançado muito mais. [...] Não espero mudanças na política econômica [...]. Mas há uma

> pequena chance de mudança. [...] Temos de atacar pelo lado social (OLIVEIRA, 2006).[23]

Assim, a emblemática vitória conquistada no segundo turno das eleições presidenciais contra o candidato do PSDB e as razões para tal êxito passam por demandar mais reflexões, estudos e explicações:

> 58 milhões de brasileiros, na sua maioria pobres, preferiram correr o risco de votar num governo que os pode desiludir a votar num governo que, à partida, já não os consegue iludir (SANTOS, 2006).

Desiludidos podem ser aqueles que foram iludidos ou quiseram se iludir algum dia. No caso do movimento sanitário e do Cebes, em particular, não há espaço para ilusão na medida em que tem lidado com o conhecimento crítico da saúde, bem como sobre a natureza do Estado brasileiro. A política adotada pela entidade desde 2005 parece indicar a opção de fazer seu próprio jogo, sem temer o risco de fazer o jogo do governo ou dos adversários. Mas as questões de estratégias e táticas serão abordadas no próximo capítulo.

Notas

[1] Manifesto da Reforma Sanitária Brasileira, reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros, divulgado em Brasília, em 23 de novembro de 2005 (p. 3).

[2] Ver: *Canal Saúde*, 19, maio-jun. 2003. p. 6.

[3] Ver: *Jornal do CONASS*, 45, out.-dez. 2003, p.1.

[4] Ver: O CONASS na 12ª Conferência Nacional de Saúde. 10p.

[5] Ver: XIX Congresso CONASEMS. *Radis*, 10, jun. 2003, p. 7.

[6] ABRASCO.CEBES. *Saúde, justiça & inclusão social*. Rio de Janeiro; Brasília, dez. 2003.

[7] Ver páginas 28, 30, 74 e 79 do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca, realizada em Brasília, dezembro de 2003.

[8] CARVALHO, G. *Desafios da saúde 2005 & 2006: para o PT, PSOL, PSTU. PMDB, PFL, PTB, PSB, PC do B... para todos os partidos e nós todos cidadãos.*, 2006. 23p.

[9] CARVALHO, G. *Desafios da saúde 2005 & 2006: para o PT, PSOL, PSTU. PMDB, PFL, PTB, PSB, PC do B... para todos os partidos e nós todos cidadãos.*, 2006. 23p.

[10] IDB 2006 Brasil. *Indicadores e dados básicos para a saúde,* publicado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSA.

[11] Reforma Sanitária Brasileira. Manifesto: *Reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros*. Brasília, 23 nov. 2005. 4p.

[12] CONASS apresenta prioridades ao Ministro da Saúde (*Consensus,* n.14, p.8-9, ago. 2005).

[13] *Carta de Aracaju*. Aracaju, Sergipe, 2 de dezembro de 2005.

[14] Reforma Sanitária Brasileira. *Manifesto Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros*. Brasília, 23 nov. 2005. p. 3.

[15] Reforma Sanitária Brasileira. *Manifesto Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros*. Brasília, 23 nov. 2005. p. 4.

[16] Reforma Sanitária Brasileira. *Manifesto Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros*. Brasília, 23 nov. 2005. 4p.

[17] Reforma Sanitária Brasileira. *Manifesto Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros*. Brasília, 23 nov. 2005. 4p.

[18] Em um dos folhetos intitulado "Movimento de repolitização do SUS: Pacto em Defesa do SUS", com um anexo de questões colocadas para o SUS e o movimento da RSB, apresenta-se uma *proposta de encaminhamento,* constatando que "os valores sociais da solidariedade e cidadania, assim como a efetividade de políticas públicas universalistas e igualitárias, foram objeto de evidente refluxo nos últimos 15 anos, tanto na correlação de forças sociais, como no papel do Estado democrático. [2005]

[19] Ver Boletim do CEBES. *Boletim Eletrônico,* n. 1, out. 2006.

[20] Ver: *Consensus,* n. 24, set. 2006, p. 4-10.

[21] Lula Presidente, Plano de Governo 2007-2010, 2006, p. 26-27.

[22] O orçamento federal para a saúde elaborado para o ano de 2007 já indicava os obstáculos de um futuro breve. Ver: CARVALHO, G. *Orçamento federal para a saúde 2007*. 44p.

[23] Ver: Entrevista: Chico de Oliveira. *Carta Maior,* out. 2006.

Estratégias, forças políticas, bases sociais e práxis da reforma sanitária

> Categoria do futuro, a possibilidade é uma necessidade ainda em potência. Quanto à realidade, categoria do presente, ela associa indissoluvelmente necessidade e possibilidade. Esse presente é o tempo da política (BENSAÏD, 1999, p. 398).

Nos capítulos anteriores, abrangendo a conjuntura pós-constituinte, é possível identificar "anos de instabilidade" da Reforma Sanitária (1989-1994), a reforma do setor saúde nos governos da "social democracia conservadora" (MISOCZKY, 2002) do período de 1995 a 2002 e a "conservação-mudança" do governo Lula (TEIXEIRA; PAIM, 2005). Se depois de analisar a conjuntura da transição democrática foi possível examinar as bases conceituais e teóricas do projeto da RSB, concluída a exposição sobre a conjuntura pós-constituinte, caberia identificar, no presente capítulo, as bases sociais e políticas desse *projeto*, a práxis, as estratégias adotadas e certas avaliações realizadas no *processo*:

> Foi no interior do Partido Comunista que começou a nascer o pensamento de uma perspectiva de reforma sanitária, reforma esta já pensada na década de 40, que passou pela escola de Samuel Pessoa, por Gentile de Mello, pelo nascimento do

> movimento de medicina social e medicina preventiva, onde foi pensada a questão social da medicina, a multi-causalidade, onde foi introduzido o pensamento do materialimo histórico e foi possível desenvolver experiências de reorganização dos serviços de saúde. Esse movimento sanitário, que, pela contingência da clandestinidade, era supra-partidário, assumiu também que o Estado não é monolítico. O Estado é um espaço de luta social e, portanto, era possível [...] lutar dentro desse mesmo Estado no sentido de produzir avanços sociais [...] Esse movimento supra-partidário expressou-se de uma forma muito fraterna, de experiência de trabalho de alianças; expressou-se, também, dentro do aparelho do Estado, pelas Ações Integradas de Saúde e a organização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde [...] O braço da democratização do sistema de saúde, de criação de conselhos estaduais paritários, deliberativos, aconteceu em muito poucos lugares - e, sem sombra de dúvida, um dos lugares onde aconteceu foi na Bahia (AROUCA, 1991, p. 16-17).

As análises realizadas durante a 8ª CNS identificavam dois pactos durante a redemocratização: o liberal-burguês e o democrático-popular. O primeiro teria como base a grande burguesia com apoio da pequena burguesia conservadora, a tecnoburocracia e os trabalhadores não organizados como massa de manobra. Já o pacto democrático-popular, teria na sua composição os trabalhadores organizados, com o apoio da pequena burguesia progressista, da tecnoburocracia especialmente pública e de alguns setores industriais. Neste poderiam ser inseridas mudanças nas políticas econômicas, com melhor distribuição de renda e, possivelmente, reorientação das políticas sociais com vistas à cidadania, mas com algumas ressalvas:

> É preciso ter clareza de que em nenhum dos dois pactos a classe trabalhadora estará em condições hegemônicas. Ao contrário, a burguesia preserva o controle dos aparelhos ideológicos formadores da opinião pública e a carência de partidos políticos fortes identificados com a classe trabalhadora inviabiliza a transformação da consciência emergente de cidadão em um projeto orgânico. [...] Neste sentido, a luta pela cidadania não será o resultado deste processo, mas sim seu pré-requisito, já que a condição de articulação dos movimentos sociais urbanos e rurais com as

> reivindicações dos trabalhadores sindicalizados o que definirá as possibilidades da classe trabalhadora integrar ou não um pacto democrático (TEIXEIRA, 1987a, p. 111).

Essa análise da correlação de forças apontava para os limites de as classes trabalhadoras sustentarem reformas sociais mais amplas. Assim, a luta pela cidadania, não obstante a sua identidade social-democrata, representaria um "pré-requisito" para projetos mais avançados, a exemplo da Reforma Sanitária. A eleição dos constituintes em 1986 e a instalação da Assembléia Nacional no ano seguinte possibilitariam espaços políticos para mobilização e organização das classes subalternas e dos seus aliados no campo democrático-popular. As primeiras vitórias dessas forças na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio- Ambiente, na Comissão da Ordem Social e na Comissão de Sistematização da Constituinte apontavam para a pertinência daquela análise e da estratégia subseqüente (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Todavia, diante das tensões do processo constituinte, com o fortalecimento do "centrão", o esvaziamento dos movimentos sociais e os retrocessos observados no Governo Sarney (com a expulsão do grupo do Presidente do PMDB, Ulysses Guimarães), verifica-se nas primeiras reflexões teóricas sobre o saber e a práxis da RSB a consciência de uma "crise de efetividade" do projeto. A percepção de que a RSB vivia um momento de refluxo conduzia a indagação, desde o final da década de oitenta, "sobre direcionamentos, perspectivas e formas de intervenção para o andamento e consolidação [...] e a viabilidade da Reforma Sanitária" (GERSCHMANN, 1989, p. 136-137). Reconhecia-se que na medida em que o projeto avançava ia tornando a Reforma mais administrativa e menos sanitária, onde "em lugar de envolver o Estado na política de saúde, envolve-se a saúde nas manobras da política" (BERLINGUER, 1988b, p. 62). Nessa conferência pronunciada na Reunião Anual da SBPC esse autor alertava:

> A Reforma Sanitária é principalmente uma reforma cultural: a participação democrática, necessária para a promoção da saúde, pode ser uma palavra insignificante, se não há

> informação e cultura [...] A conexão com a população se solidifica quando a população entende que a Reforma Sanitária significa mais saúde (BERLINGUER, 1988b, p. 62).

Como assegurar mais saúde diante das restrições econômicas e dos retrocessos políticos? Os espaços ocupados pelo "centrão" não se limitaram ao processo constituinte, alcançando os aparelhos de Estado, seja nos ministérios da área econômica, seja nos da área social como Previdência e Saúde. Assim, no início da implantação da Reforma Sanitária chegou-se a considerar uma diversidade de "casos":

> Os casos de Reforma Sanitária estão ocorrendo em contexto bastante desfavorável à expansão dos mecanismos de proteção social, encontrando, em cada caso, obstáculos diversos como o predomínio da ideologia liberal, e/ou a escassez de recursos financeiros, ou ainda os efeitos recessivos da economia sobre a qualidade de vida (TEIXEIRA, 1989b, p. 40).

Considerando que a saúde constitui o fundamento revolucionário da Reforma Sanitária, tal como a redistribuição da terra o era para a reforma agrária (DAMASO, 1989), torna-se compreensível a atuação dos seus oponentes no sentido de contê-la. Existia uma consciência desses limites e, sobretudo, dos riscos de ser transfigurada pela burocracia do Estado brasileiro:

> A Reforma Sanitária privilegiou até aqui o seu momento de *reforma*, mas tudo indica que o seu destino próximo depende de que ela seja, finalmente, *sanitária*, sob pena de ser novamente tragada pela burocracia estatal da saúde (DAMASO, 1989, p. 89).

Assim, a conquista da hegemonia teria um caráter prolongado, pressupondo uma longa luta de persuasão na busca de direção política e cultural. E nesse percurso a estratégia de "guerra de posição" conduzia a RSB por caminhos tortuosos:

> Atores a favor e contra a Reforma Sanitária defendem seus ideários e entram em luta (de forma velada ou aberta), nas mais diversas instâncias – no interior dos aparelhos das instituições

> de saúde, junto às organizações da sociedade, no Congresso e nas instituições dos profissionais do setor –, no contexto de uma grave crise social e econômica (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 93).

No que se refere aos "atores populares" que apoiavam a Reforma Sanitária ao final dos anos oitenta eram destacados os seguintes: 1) o movimento sindical; 2) movimento popular; 3) trabalhadores de saúde; 4) técnicos, intelectuais e burocratas da Saúde Coletiva; 5) partidos políticos (JORGE, 1991). O movimento sindical não apresentava uma participação expressiva, pois os setores mais politizados dispunham de atendimentos a saúde diferenciados no sistema privado. O movimento popular, embora significativo nas origens das lutas pela democratização da saúde em São Paulo (JACOBI, 1993), elegendo seus conselhos de saúde em São Paulo por conta própria, mostrava-se pulverizado e sem organismos de união no âmbito nacional:

> O primeiro desses Conselhos de Saúde foi eleito em 1979 por 8 mil pessoas de um bairro da zona leste, o Jardim Nordeste. Já em 1981 esse movimento estendeu-se para outros bairros da região e 95 mil pessoas elegeram 19 Conselhos, cada um ligado a uma unidade de saúde. Ao todo foram eleitos 300 conselheiros. Depois, em 1983 houve nova eleição e constituíram-se 37 Conselhos, com 800 conselheiros. [...] Esse movimento dos Conselhos - que estendeu-se para outras regiões da cidade e outras cidades da região metropolitana - elegeu 80 Conselhos, com cerca de 1600 pessoas eleitas, que formam os Conselhos locais, em contato com o governo estadual ou municipal (JORGE, 1991, p. 13).

No caso dos movimentos sindicais dos trabalhadores de saúde, apesar de fortes, padeciam de um viés corporativo que impedia avançar na luta pela Reforma Sanitária. Os envolvidos com a Saúde Coletiva tiveram, segundo o autor acima citado, um papel importante na Reforma Sanitária do Brasil, mais em termos de produção teórica e dentro das instituições. Finalmente, entre os partidos políticos destacavam-se o PMDB, PCB, PC do B, PSDB e o PT. Considerando

muito frágil essa base política, era proposta a composição de uma força social a partir da articulação daqueles cinco atores (JORGE, 1991).

A distensão política, abordada no capítulo "Conjuntura da transição democrática", representou uma situação inicial na qual foi acionada uma determinada estratégia pelo movimento sanitário para o desenvolvimento da *proposta* da RSB:

> O movimento sanitário conformou-se de maneira inovadora e criativa, na política de 'aproveitar espaços', rompendo com o isolacionismo a que a sociedade tinha sido condenada, em relação ao aparelho de Estado, não sem, com isso, despertar, em vários segmentos de esquerda uma severa crítica que ia da acusação de reformismo, até de oportunismo e adesismo [...]. Essa estratégia proporcionou uma tática 'sui generis', embora perigosa, com riscos e algumas vezes com 'cabeças roladas', de se investir nas contradições. Isto é, ao mesmo tempo que se assessorava o Ministério, se assessorava parlamentares para questionar as ações e políticas do próprio Ministério. Além de propiciar o acesso de informações privilegiadas, que eram passadas tanto ao movimento, como para jornalistas e, especialmente aos parlamentares a ele vinculados, para pronunciamentos, argüições e denúncias (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 63-65).

Desde que o deputado Ubaldo Dantas, filiado a Aliança Renovadora Nacional (ARENA) enquanto partido que sustentava politicamente o regime militar, assumiu a direção da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, essa "via" foi progressivamente ocupada.[1] Ao revisitar a "plataforma programática" do movimento sanitário, apresentada no *I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde* em 1979, que destacava as condições que possibilitam a saúde e o reconhecimento do caráter sócio-econômico das mesmas, podem ser observadas algumas das estratégias do movimento da RSB:

> A constituição do movimento sanitário como ator político adotou como estratégia, por um lado, a difusão e ampliação da consciência sanitária, com vistas a alterar a correlação de forças e a inserir-se no processo de construção de uma sociedade democrática. Por outro lado, sob a bandeira Saúde e Democracia (ou seria, Saúde é Democracia?), o movimento

> da Reforma Sanitária alia a eficiente organização política do movimento social com a busca de um projeto alternativo para o sistema de saúde (FLEURY, 1997, p. 28-29).

Este fragmento reitera, portanto, a dimensão institucional da RSB, ainda que admita a ampliação da consciência sanitária como meio de alterar a correlação de forças. A dúvida persiste, todavia, quanto aos meios, instrumentos, estratégias e táticas a serem acionados no processo político que transcendam as práticas ideológicas. Em seguida, traduzindo a noção de equidade para acesso universal e igualitário e rejeitando qualquer discriminação, seja positiva ou negativa, a autora argumentava:

> A Reforma Sanitária assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social, fundado na solidariedade, em uma comunidade politicamente inclusiva. [...] Na contra-mão das tendências predominantes, que entronizaram o pragmatismo e o individualismo como valores universais, o modelo da Reforma Sanitária fundou-se em uma utopia democrática igualitária (FLEURY, 1997, p. 33-34)

Em outros momentos o movimento combinou a estratégia de "guerra de posição", acima ilustrada, com a denominada "estratégia quase de guerrilha" (RODRIGUEZ NETO, 1997), cujos embates teriam gerado, ainda que de forma pejorativa, a denominação "partido sanitário", quando se tentou desqualificar aqueles que se opunham a certas medidas governamentais durante a ditadura apreciadas por simpatizantes da RSB. Uma dada proposta coberta de sigilo, envolvendo alguns integrantes do movimento sanitário foi combatida com a seguinte tática:

> Valendo-se da organização e realização de mais um Simpósio de Saúde na Comissão de Saúde da Câmara Federal, esvaziou e 'desmontou' a proposta [...]. A situação, dada a conhecer posteriormente em círculos maiores, gerou pela primeira vez, algumas rupturas temporárias, ainda que com cicatrizes, no até então coeso 'partido sanitário (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 68).

Tratava-se de um plano de unificação elaborado com o apoio da Seplan em direção oposta ao Plano do Conasp. Segmentava o sistema de serviços de saúde em três componentes: o privado autônomo (cobrindo 8 milhões de pessoas); o sub-sistema de assistência de saúde delegado através da modalidade "convênio-empresa" (cobertura de 70 milhões de trabalhadores); e o sub-sistema de responsabilidade pública (serviços federais, estaduais e municipais, bem como os contratados por estes, responsável por 40% da população, considerada fora do sistema produtivo). Quando militantes do movimento sanitário questionaram tais companheiros de forma veemente, por aceitarem tal proposta, foram acusados de atuarem como se fossem "um partido sanitário". A partir de então, esta denominação passou a ser utilizada de forma pejorativa ou, alternativamente, para dar certa identidade a um grupo. Neste caso, as tentativas de delimitação sugerem um grupo de técnicos e intelectuais com preocupações progressistas, ocupando posições nos aparelhos do Estado ou elaborando políticas de saúde capazes de "corresponder pelo menos potencialmente, aos interesses de diversos blocos sociais" (CAMPOS, 1988a, p. 182-183).

Duas outras táticas foram ainda utilizadas pelo movimento no ocaso da ditadura: a) participação na construção das AIS, especialmente nas secretarias técnicas da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) e Coordenação, Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS); b) elaboração de propostas de saúde para o programa de governo da Aliança Democrática, inserindo-se no Grupo Parlamentar de Saúde do PMDB e/ou na Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves que formulou o Plano da Copag (RODRIGUEZ NETO, 1997).

Essas táticas e a estratégia de "guerra de posição" não eram, obviamente, consensuais. Entre os que se opunham ao "partido sanitário" aparecia a seguinte crítica:

> A tática utilizada pelo Partido Sanitário não correspondia à estratégia por ele propugnada: ao mesmo tempo que se apontava o socialismo [...] isolava-se a possibilidade de efetiva

> participação popular, trabalhando-se cada vez mais *em nome* da população e não em articulação orgânica com os setores populares. Isso leva a crer que nessa não correspondência tático-estratégica (prático-teórica) situava-se o cerne daquilo que posteriormente se chamaria de *dilema reformista* (GALLO, 1991, p. 22).

Ainda que mereçam mais estudos essa falta de "articulação orgânica" com as classes populares, há evidências de uma menor ênfase na trincheira *sócio-comunitária* de construção da RSB. Anteriormente tinham sido mencionadas mais duas trincheiras de luta para a construção do projeto da Reforma Sanitária, além da sócio-comunitária – a *técnico-institucional* e a *legislativo-parlamentar* (PAIM, 1988). No entanto, a "via do parlamento" foi compreendida por certos militantes como uma das principais estratégias:

> As demais 'vias' de atuação do movimento poderiam ser sintetizadas em: produção acadêmica 'informada' politicamente, estimulação e promoção do debate, divulgação pela série de livros e pela Revista Saúde em Debate, construção de contra-políticas ou de políticas alternativas e ocupação de espaços institucionais. Todavia, se todas essas 'vias' foram e têm sido extremamente produtivas, em termos de avanços do movimento, parece não haver dúvida que a escolha do parlamento como canal para se fazer avançar o processo de democratização da saúde encontrou aí um espaço privilegiado para exploração (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 63-64).

Com o início do processo constituinte em 1987, a "via parlamentar" foi privilegiada por importantes lideranças do movimento sanitário. Este processo encontra-se bem documentado e estudado, apresentando resultados objetivos na institucionalização da Reforma Sanitária (RODRIGUEZ NETO, 1997, 2003). Outros militantes ocupavam-se com a implantação do SUDS, gestão e mobilização social, enfrentando-se com os opositores da implantação da Reforma Sanitária, tais como: o empresariado da saúde; oligarquias e setores políticos clientelistas e fisiológicos; e corporação de profissionais (PINHEIRO, 1991).

Tomando a experiência da Bahia como ilustração, o governo democrático eleito em 1986 e apoiado por uma frente política integrada pelo PMDB, PDT, PSB, PCB, PSDB e PC do B ampliou os espaços e processos de participação popular, mas enfrentou fortes resistências políticas. Parte expressiva de prefeitos do PMDB e do então PFL, com apoio de parlamentares, reagiram contra a formação de Conselhos Municipais de Saúde e de Conselhos Diretores das unidades de saúde, que articulados ao *lobby* do setor privado impediram que a constituinte estadual incluísse no texto final os distritos sanitários, os conselhos e conferências de saúde (PINHEIRO, 1991).

Nessas primeiras escaramuças com o concreto verificava-se que o movimento da Reforma Sanitária incomodava muito por ser uma luta política e ideológica contra-hegemônica, além de incidir sobre interesses cristalizados nos âmbitos societário e setorial:

> Porque o movimento sanitário traz dentro de si não uma luta específica, mas uma luta mais geral por mudanças profundas, numa orquestração histórica de elementos políticos, ideológicos, econômicos, técnicos a partir da relação dialética entre o específico e o geral. [...] É uma luta daqueles que querem transformar a sociedade. A Reforma Sanitária é uma luta de longo curso, é um processo de acumulação de forças e de rupturas qualitativas (PINHEIRO, 1991, p. 48).

Apesar da existência de análises concretas como a esboçada acima, havia estudos que efetuavam uma crítica ao movimento sanitário de então e, especialmente, ao "dilema reformista" a partir da identificação de uma contradição entre o saber e o fazer:

> A teoria - baseada na causação social - exigia a denúncia das limitações estruturais postas pelo capitalismo e a necessidade de sua superação através da consciência sanitária, de classe, da interação; a prática - reformista - omitia a denúncia, preconizava a 'dialética do possível', o 'agir-racional-com-respeito-a-fins' (GALLO, 1991, p. 26-27).

Independentemente das divergências político-ideológicas entre atores/autores da Saúde Coletiva defensores da RSB, a conclusão acima

requeria uma contextualização examinando, mais concretamente, a conjuntura em questão no sentido de verificar as possibilidades reais de desenvolvimento do "elemento jacobino" contra o *transformismo* e a *revolução passiva*.

Na realidade, desde a sua emergência o movimento sanitário explicitava a sua opção reformista, tendo em conta os fracassos no Brasil dos movimentos revolucionários do final dos anos sessenta e início dos setenta. Parodiando o livro de Zélia Gattai - *Anarquistas Graças à Deus*, Sônia Fleury declarava em diversas oportunidades: Reformistas, graças a Deus...

A transição "pelo alto" efetuada pelas forças da Nova República, a contenção da constituinte pela ação do "centrão", os retrocessos do Governo Sarney e a eleição do Presidente Collor, com todas as conhecidas conseqüências econômicas, políticas, ideológicas e éticas, não podem ser negligenciadas na análise do "dilema reformista". A aposta em uma práxis emancipadora, compartilhada por muitos dos atores/autores da RSB exigiria, em termos leninistas, uma escrupulosa atenção à vida real. Como reconhecia, aliás, o crítico acima, a situação concreta teria que ser considerada:

> A direcionalidade das ações em termos de *telos* emancipatório, sejam de que tipo for (exceto as comunicativas, que pressupõem o consenso produtivo), só podem ser avaliadas a partir de sua situação histórica específica, do contexto na qual se desenvolvem (GALLO, 1991, p. 97).

Não cabia esquecer, portanto, a crise econômica, o déficit fiscal, o retrocesso político da "Nova República" e o recuo do movimento sanitário. Assim, convém analisar as estratégias identificadas para a práxis do *projeto* da RSB, assentadas em dois vetores direcionais: o primeiro contempla a democratização da saúde e a ideologia "publicista" ("publicização da saúde"), de um lado, e a introdução da categoria das lutas de classes no planejamento de saúde e a concepção de determinação social da doença, de outro: não se trata mais de assistir e integrar os doentes, mas atuar ao nível das condições sociais de produção das doenças (DAMASO, 1989, p. 72).

Nesse sentido, o movimento sanitário teria um *braço estatal* e um *braço civil*. Este, representado pelo Cebes e marcado por uma produção essencialmente intelectual, disporia de uma *concepção estratégica*, ingressando na arena política num segundo momento. No caso do outro vetor direcional, tratava-se de transformar o caráter da intervenção estatal na área da saúde, especialmente no que se refere às relações entre saúde e desenvolvimento, apesar da insuficiência do enfoque sistêmico. Portanto, as estratégias iniciais admitiam "democratizar a saúde como parte da estratégia maior de democratização da sociedade" (DAMASO, 1989, p. 71).

Em vez de funcional, a RSB poderia ser uma antítese ao Estado então existente e às características iníquas da sociedade brasileira. Supondo-se que o Estado capitalista teria de fazer concessões, indagava-se qual o limite para a expansão de políticas sociais nessa sociedade? (COUTINHO, 1989). Mesmo apoiando-se na idéia de seletividade estrutural (OFFE, 1984), seria possível responder antecipadamente a tal questão? Ou ter-se-ia que indagar quais as forças sociais capazes de forçar o Estado a ampliar tais concessões, ou qual a correlação de forças existente que permitiria ou impossibilitaria tal projeto, examinando-se mais exaustivamente cada conjuntura? Tais indagações estimulavam certa reflexão sobre eficácia da ação política para a Reforma Sanitária. Ao realizar um balanço preliminar do projeto de Lei nº 3110/89 (A lei da saúde), por exemplo, a Abrasco alertou:

> Sob o risco de que o projeto da Reforma Sanitária entre em obsolescência, é necessário um grande, amplo e urgente debate sobre a atual correlação de forças do setor, suas novas formas de expressão e alianças, assim com as estratégias que efetivamente habilitem o setor público, pela sua qualificação e resolutividade, a exercer a hegemonia que lhe cabe numa sociedade justa e democrática. O grave, no entanto, é que, sem exceção, o setor conservador e clientelista corresponde ao grupo que agora está no poder [...]. (EDITORIAL, 1989, p. 2).

Apesar de se ter cunhado a expressão "partido sanitário", como uma referência simbólica de um movimento social suprapartidário, a Reforma Sanitária careceu de bases sociais e forças políticas

suficientes para assegurar a sua sustentação política na conjuntura pós-constituinte e para avançar o seu *processo*. A fragilidade da base social da RSB tem sido reconhecida, particularmente no que se refere à classe trabalhadora. Os partidos, por sua parte, não assumiram a *proposta* da Reforma Sanitária ainda que as forças do movimento sanitário utilizassem o Parlamento como espaço de atuação política (FLEURY, 1991).

Embora participassem do Cebes filiados do PCB, assumindo inclusive postos de direção, como foi o caso de Sérgio Arouca, o movimento sanitário teve um caráter suprapartidário. E a própria natureza descentralizada da organização do Cebes, mediante núcleos em estados e municípios, era pouco compatível com o "centralismo democrático" que orientava muitos partidos de esquerda. Portanto, a forma partido parece que não conseguiu se impor na estrutura do Cebes e do movimento sanitário. O Cebes tem funcionado mais como liga ou cimento ideológico, alimentando um movimento de opinião em defesa da RSB, representando uma interrogação no que se refere a possibilidade real de alterar a correlação de forças:

> Assumindo o caráter dual da saúde, como valor universal e núcleo subversivo de desmontagem da ordem social em direção à construção de uma nova correlação de forças, o movimento sanitário pretendeu ressignificar politicamente a noção de cidadania, dando a ela um caráter transformador (FLEURY, 1997, p. 27-28).

Entretanto o movimento se ressentia de uma base social mais ampla, em que o usuário pudesse assumir a questão saúde "pelo lado contestador, revolucionário" (FLEURY, 1991, p. 10), possibilitando um processo de construção de uma nova hegemonia. A prática ideológica muito presente no movimento sanitário, através da atuação do Cebes e da Abrasco, embora fundamental para mudar visões de mundo e constituir sujeitos sociais, nem sempre é potente para alterar as relações sociais de poder. Nem só com ideologias se muda a realidade:

> Como a reprodução social não se orienta, entretanto, nem pela falta de lógica das ideologias, nem pela consistência teórica de suas críticas, cabe aproveitar, impõe aproveitar essa experiência histórica como lição para as ações futuras que pretendam transformar as práticas de saúde, pelo menos nesses dois sentidos apontados, em que a lição não admite ambigüidades. Nenhuma perspectiva tecnocrática terá doravante como justificar-se diante de seus fracassos, quaisquer que sejam seus méritos lógicos ou científicos, o que quer dizer que haverá sempre que buscar sólidas e profundas bases de apoio à ação transformadora do tecido social, para que ela possa viabilizar-se, e mesmo que deva então seguir o ritmo aparentemente lento dos atalhos transversais e das retiradas (MENDES-GONÇALVES, 1991, p. 101-102.).

Embora a militância se construa na luta, esta, para ser eficaz, exige organização da sociedade, especialmente, das classes subalternas. Ainda que a forma partido seja aquela teorizada nos tempos de Lênin e Gramsci, no caso da RSB, outras alternativas tiveram de ser consideradas ou concebidas, afinando os instrumentos de compreensão e de luta. Assim, na primeira metade da década de 1990 o movimento sanitário acionou a instância da Plenária Nacional de Saúde, enquanto na segunda metade, com a expansão dos conselhos de saúde, desenvolveu-se a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (FALEIROS *et al*., 2006).

Além de enfrentar uma máquina estatal – clientelista, patrimonialista e privatizada – e o corporativismo dos profissionais de saúde, o movimento enfrentou posições divergentes. O nó crítico, no entanto, residiu na capacidade de produção de fatos políticos suficientes para o exercício da contra-hegemonia e, conseqüentemente, viabilizar o *projeto* da RSB.

> Mais do que uma profunda Reforma do Estado, o projeto da Reforma Sanitária foi a ponta de lança na construção de uma nova hegemonia, portanto, de reconstrução, em novas bases, da relação Estado-sociedade. Ao falar de hegemonia temos em conta o processo vigoroso de *empowerment* representado pela emergência de novos atores no cenário político setorial, como os Secretários Municipais de Saúde com suas formas

> organizativas próprias, bem como de outros grupos como os usuários do sistema, ademais da extensão da condição de cidadania àqueles que antes a desconheciam, ou aos quais ela era negada (FLEURY, 1997, p. 36).

Sem recusar as inovações institucionais decorrentes dessa "nova hegemonia" nem o alargamento das bases sócio-políticas da RSB com a entrada de novos atores na cena política, há que se registrar a insuficiência dos mesmos para sustentar o seu *processo* de modo orgânico ao seu *projeto*. Conseqüentemente, na discussão das estratégias voltadas para a RSB impõe-se reexaminar as suas bases sociais e políticas, bem como seus possíveis deslocamentos em distintas conjunturas.

No caso dos profissionais de saúde, uma grave crise pode ter comprometido o seu apoio à RSB, diante da instabilidade econômica e conseqüente degradação das suas condições de trabalho e de remuneração na passagem dos anos 80 para os 90 e não alteradas no início do século 21. Essas condições objetivas parecem ter sido mais fortes que "o longo trabalho de persuasão nas categorias, de forma a mudar valores que distorcem a função dos profissionais na sociedade, como o individualismo, a falta de responsabilidade etc." (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 95). Muitos desses profissionais, especialmente os médicos, que participaram ativamente do movimento na década de oitenta passavam a sofrer as influências ideológicas das tendências liberal e trabalhista. O recrudescimento dessas tendências requeria, segundo os autores citados, uma prática ideológica capaz de atuar nos níveis da consciência, supondo que a luta pela hegemonia inseria-se, fundamentalmente, no plano das idéias:

> Caso o ideário trabalhista [...] continue a perder terreno, e o ideário neoliberal e os valores que lhe são inerentes ganhar mais espaços, poderemos estar certos de que o Movimento Sanitário terá maiores dificuldades em conseguir mobilizar os profissionais do setor para o projeto da Reforma sanitária (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 96).

No caso dos trabalhadores de saúde, a fragilidade do apoio não foi menor. Os preceitos neoliberais da política de RH na década de noventa se realizavam em detrimento aos da Reforma Sanitária, afastando os trabalhadores da sua sustentação, justamente "os protagonistas da Reforma Sanitária, aqueles que detém a técnica, o saber e o trabalho a serem postos a favor da população brasileira" (MACHADO, 2005, p. 278).

Face às deficiências de mobilização e organização, de um lado, e a sua relativa organicidade, de outro, o movimento sanitário não conseguiu ser reconhecido pelo Estado em mesas de negociações do Executivo. O movimento sanitário, particularmente no que se refere ao Cebes e à Abrasco, apresenta características que poderiam explicar em parte esse não reconhecimento:

> [...] o movimento sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses [...]. O que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar, além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos [...]. O movimento se identifica como condutor das aspirações de grupos de consumidores, de usuários dos serviços de saúde enquanto cidadãos (VAITSMAN, 1989, p. 153-154).

Ainda que o Cebes e, especialmente, a Abrasco sejam convidados para eventos ou discussões de grupos de trabalho do Ministério da Saúde não chegam a constituir nem mesmo grupos de pressão. Suas ações restringem-se ao plano ideológico. Nas lutas mais decisivas, adquirem posições de força os gestores e os produtores do setor saúde (empresários e trabalhadores), ou ainda os parlamentares, enquanto os grupos de consumidores e de usuários de bens e serviços coletivos encontram-se em posição de "desvantagem estrutural" (VAITSMAN, 1989). A representação da sociedade civil nas conferências e conselhos de saúde não tem sido suficiente para influir na implementação da RSB, de acordo com as linhas básicas do seu *projeto*.

Já o Conass e o Conasems, ao conquistarem acento permanente nas CIT e CIB, mesmo sendo representações do próprio Estado

nos níveis estadual e municipal, adquirem maior poder, embora pareçam funcionar de forma corporativa em relação aos interesses das respectivas administrações.

No caso dos conselhos de saúde, enquanto espaços de democratização, foram objeto de crítica na medida em que adotavam uma concepção instrumentalista:

> [...] têm como base comum a visão instrumental dos Conselhos que, considerados 'braços' da sociedade, devem manter-se em posição externa ao Estado, seja para guerreá-lo, seja para vigiá-lo, seja para invadi-lo, podendo resultar numa perspectiva de controle social despolitizada e eventualmente inócua. Daí a necessidade de superar a visão maniqueísta das relações Estado-sociedade e a concepção instrumental dos Conselhos de Saúde, desobrigando-os da hercúlea tarefa de guardiões heróicos da agenda da Reforma Sanitária, para redescobri-los como experiência social e inovação política relevante para a reforma democrática do Estado (CARVALHO, 1997, p. 98).

Antes de se analisar a pertinência dessa proposição, caberia destacar que nem todas as correntes marxistas concebem o Estado como instrumento, como demonstra o próprio autor ao utilizar as contribuições gramscianas. Do mesmo modo, os conceitos de Estado e poder, enquanto categorias de análise, precisam ser contextualizados para extrair propostas de ação que orientem a práxis. Nessa perspectiva, caberia indagar de que Estado se está falando, que condensação material, qual a relação do feixe de forças e quem exerce a hegemonia no bloco histórico construído ou em construção? Discutir um Estado em abstrato, não recuperando a conformação histórica e as características do Estado brasileiro, pode-se incidir em proposições distintas dos propósitos da RSB.

Partindo do pressuposto de que "os Conselhos são arranjos institucionais tendentes a produzir impactos modernizantes e democratizantes sobre o padrão de processamento de demandas na área de saúde" (CARVALHO, 1997, p. 99), o autor reconhece o patrimonialismo arraigado do Estado brasileiro, a modernização conservadora operada na transição do regime militar, a manutenção

da cultura de coalizões e as práticas arcaicas da política. Ainda assim, destaca o impacto democratizante dos conselhos ao ampliar a permeabilidade às demandas de setores não contemplados, incidindo na seletividade estrutural do Estado, na ampliação da agenda pública e nos mecanismos tradicionais de influência na decisão como a mídia, o Legislativo, os *lobbies*, os anéis tecno-burocráticos, entre outros.

Mesmo sem questionar essas potencialidades e virtualidades dos conselhos e conferências de saúde propostas pela RSB, reconhecidas também por outros autores (LABRA, 2005, FALEIROS *et al.*, 2006), inclusive a defesa do interesse público e a *accountability*, é difícil acompanhar o autor nas conseqüências de sua análise:

> Nesse ponto, pode-se compreender os Conselhos não mais como limitados ao âmbito da Reforma Sanitária. Para além da contribuição específica que possam dar ao SUS, como fóruns privilegiados de tematização da Reforma Sanitária, é preciso compreendê-los no processo contemporâneo da reforma democrática do Estado. Para além dos seus limites sanitários, é preciso resgatar seu significado para a democracia (CARVALHO, 1997, p. 100).

Se a RSB for pensada exclusivamente como reforma setorial e SUS, talvez se possa aceitar o alerta contra os “limites sanitários” e considerar a reiteração da tese de que “Saúde é democracia, democracia é saúde”. Todavia, se a compreensão da RSB for além de uma reforma parcial, ou seja uma reforma geral ou revolução no modo de vida tal como se expressa no seu *projeto*, não há porque confiná-la ao âmbito setorial nem estatal, mas pensá-la como uma reforma intelectual e moral na perspectiva gramsciana e um conjunto articulado de mudanças capazes de incidir sobre a vida social. Daí a dificuldade dos conselhos, em si, assumirem a sua condução.

Embora o mencionado autor prefira a noção de cidadania, em vez dos conceitos de sociedade civil e classe social para evitar “pensar a sociedade ou o mercado como espaços alternativos ao Estado” (CARVALHO, 1997, p. 107) ou usar categorias marxistas supostamente anacrônicas, deixa de assinalar quais os sujeitos sociais

capazes de sustentar, politicamente, o *processo* da Reforma Sanitária e fazê-lo avançar. Seria a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, com suas diversas reuniões e algumas divergências de atribuições e liderança com o Conselho Nacional de Saúde? Possivelmente não, pois os conselhos já integram os aparelhos de Estado do setor saúde, apesar de terem uma composição paritária privilegiando os chamados usuários.

Se os conselhos, enquanto estruturas permanentes e legais com um pé no Estado e outro na sociedade civil, não podem ser guardiões (ainda que não heróicos) da Reforma Sanitária, quem os serão? Os dirigentes dos aparelhos de Estado? A burocracia? Seria a *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa* do Ministério da Saúde? Os partidos políticos? O Conass e o Conasems? A Abrasco? Os movimentos sociais? Grupos de pacientes com necessidades específicas? Todos eles e mais alguns? Ou, ao fim e a cabo, restará ao Cebes e aos velhos militantes tal "hercúlea tarefa"?

Enfim, por mais inovação político-institucional que seja a experiência dos conselhos e por mais relevante que pareça a Reforma Democrática do Estado, o projeto da RSB, enquanto *reforma social* implica incidir sobre o modo de vida das pessoas e da sociedade, tendo a saúde como foco. Enquanto certos intelectuais da Saúde Coletiva criticam o marxismo e fazem concessões ao pluralismo e ao individualismo, sob o pretexto de forjar novas identidades e parecerem pós-modernos, os empresários da saúde e suas contrapartes do capital e das classes dirigentes, a exemplo do chamado setor regulado nas instâncias colegiadas da ANS e da Anvisa, cuidam muito bem dos seus negócios e sabem também o que perseguem: "corporativismo para os fortes e pluralismo para os fracos" (VAITSMAN, 1989, p. 148).

Ainda que a Reforma Democrática do Estado possa ser sinérgica com a democratização da saúde, não se pode negligenciar a dimensão sanitária e, conseqüentemente, uma intervenção social organizada sobre danos, riscos, vulnerabilidades e determinantes estruturais sócio-ambientais. Do mesmo modo, não podem ser ignoradas as

bases sociais de sustentação da Reforma Sanitária que permanecem estreitas para além do movimento sanitário:

> O fato de que a classe média, as categorias mais organizadas de trabalhadores e os empregados das estatais tivessem seus próprios planos de saúde explica seu escasso ou nenhum interesse em relação à construção do SUS. Independentemente das orientações dos dirigentes sindicais, suas bases estavam mobilizadas para obtenção de mais e melhores benefícios para seus próprios sistemas privados de seguro. Além desses, os trabalhadores menos organizados e rurais, assim como trabalhadores do mercado informal de trabalho ou desempregados, careciam de suficiente organização política para pressionar por reformas de saúde de âmbito nacional (ARRETCHE, 2005, p. 290).

Portanto, ocorreu um deslocamento da base política, ideológica e social da RSB na passagem da década de 1980 para a de 1990 que requer alguma análise e reflexão. Esse deslocamento de poder poderia explicar, em parte, a ênfase na dimensão setorial da Reforma Sanitária, além de um destaque para aspectos relativos ao financiamento e gestão, em detrimento do modelo de atenção e das condições de saúde e seus determinantes.

> Nos anos posteriores à Constituição, o movimento sanitário foi perdendo paulatinamente o caráter militante e mobilizador que o caracterizou na transição à democracia e, também, perdendo influência e cargos na política governamental, o que o impediu de exercer um papel vigilante no cumprimento da Constituição (GERSCHMAN; VIANA, 2005, p. 321).

O poder político de mobilização do movimento da reforma sanitária brasileira foi assim ocupado pelos gestores, representados pelo Conass e Conasems. Essa mudança nas bases de poder centrado nos secretários de saúde apresenta uma dimensão positiva na medida em que favoreceu a construção de uma instância técnica no âmbito municipal para cumprir as tarefas relativas à gestão pública de saúde (FLEURY, 1997).

Esses atores políticos e sociais vinculados ao movimento sanitário, relativamente esvaziado, até 2005, tendo o Cebes e a Abrasco como seus porta-vozes coletivos, constituíram a base política para a implementação do SUS e foram capazes de reproduzir pelo menos a retórica da Reforma Sanitária:

> CEBES, ABRASCO, CONASS, o CONASEMS, a Rede UNIDA, ABRES, AMPASA, parlamentares, entidades representativas nos Conselhos de Saúde, a Frente Parlamentar da Saúde e outros têm liderado o debate e concentrado esforços para a concretização do projeto da Reforma Sanitária.[2]

A partir de 2005, surgiu a proposta de concentrar esforços na reaglutinação de atores sociais e institucionais em torno do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira - MRSB. Reafirmando princípios e diretrizes, busca-se identificar e caracterizar os atores políticos da RSB na conjuntura atual: Conasems/cosems, Abres, Núcleos de Saúde Coletiva, Frente Parlamentar da Saúde, Rede Unida, ONGs, entidades de usuários (AIDS, Pastoral da Saúde) e outros.[3]

Mesmo considerando esse mapeamento político, algumas indagações ainda permanecem: qual a potência política desses atores para viabilizar a concretização desse *projeto*? Como ampliar as bases sociais de sustentação política no sentido de assegurar a continuidade, sustentabilidade e radicalização do *processo* da RSB?

Essas perguntas serão retomadas no próximo capítulo quando se procura analisar e interpretar o processo da Reforma Sanitária Brasileira à luz das categorias indicadas no quadro teórico de referência. Este "caminho de volta" que considera os fatos políticos e institucionais examinados em duas conjunturas busca retomar o pensamento construído sobre o fenômeno investigado na perspectiva alcançar o "concreto pensado".

Notas

[1] Ubaldo Dantas é médico baiano que, após realizar pós-graduação na London School of Hygiene and Tropical Medicine, foi Secretário de Saúde do Estado da Bahia entre 1975 e 1978 no governo Roberto Santos, sendo eleito deputado federal. Na sua gestão apoiou iniciativas inovadoras tais como implantação de PECs (especialmente o PIASS), centros comunitários de saúde mental, Hospital Central etc. Ao se afastar do governo para concorrer às eleições foi substituído por José Alberto Hermógenes de Souza que, posteriormente, prestou importante contribuição na Comissão Nacional da Reforma Sanitária e na implementação do SUS. Desde 1979, quando foi realizado o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, o Cebes se fez presente e apresentou o documento histórico - "A Questão Democrática na Saúde", propondo a criação do SUS. Há um episódio quase anedótico, anterior à realização desse Simpósio, ocorrido em Ariccia, localidade próxima de Roma, Itália. Havia um grupo internacional de estudos avançados em economia política reunido em julho de 1979, contando com a participação de brasileiros, latino-americanos, americanos e europeus, incluindo Giovanni Berlinguer, Franco Basaglia, Laura Conti, Vicente Navarro, entre outros. Naquela oportunidade, Ubaldo Dantas, em viagem de férias, passou em Ariccia para convidar Berlinguer, liderança da Reforma Sanitária Italiana, para participar do referido Simpósio de Política Nacional de Saúde. Tratando-se de uma reunião fechada em prédio da CGIL italiana (Confederação Geral de Trabalhadores da Indústria) alguns participantes questionaram a presença de um deputado da Arena num encontro de marxistas. Entretanto, os brasileiros reuniram-se e fecharam questão quanto a pertinência da visita do deputado baiano pois poderia abrir novas perspectivas de ação política, ou então abandonariam a reunião. Contornada a situação, o deputado foi apresentado ao então senador do Partido Comunista Italiano, Giovanni Berlinguer. Ao saber que se tratava de um deputado do partido da ditadura brasileira, Berlinguer exclamou: "como são longos e tortuosos os caminhos que levam ao Senhor..." Conhecendo, posteriormente, as conseqüências positivas do 1º Simpósio fica o registro da importância do diálogo e da superação do dogmatismo em política.

[2] Trecho do documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, divulgado em 2006 (p. 3 e 4).

[3] Extraído do anexo do documento Movimento de Repolitização do SUS, 2006.

Reforma sanitária e revolução passiva no Brasil

> Os homens de cultura não devem ter a pretensão de concorrer com os homens políticos. [...] O dever do homem de cultura que não queira ficar indiferente ao drama do seu tempo, é o de fazer explodir as contradições, desvelar os paradoxos que nos põem diante de problemas sem uma solução aparente, indicar as estradas sem saída (BOBBIO, 1997, p. 174).

Nos capítulos anteriores foi possível indicar que a Reforma Sanitária tem sido tratada como *idéia*, *proposta*, *movimento*, *projeto* e *processo*, havendo textos consultados nos quais, praticamente, todos esses termos foram empregados. Assim, poder-se-ia concluir que a Reforma Sanitária representa uma *reforma social* inconclusa, passando por diversos momentos de um ciclo: era uma *idéia* que se ia plasmando na medida em que se procedia a uma crítica ao sistema de saúde durante a ditadura. Foi uma *proposta* inicialmente apresentada pelo Cebes, trazendo um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no documento *A questão democrática na saúde*, em 1979. Foi, também, um *movimento*, mobilizando um bloco de forças políticas, ideológicas e sociais, além de um *projeto*, sintetizado no *Relatório Final da 8ª CNS*, consubstanciando um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária,

uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um *processo*, porquanto a *proposta* e o *projeto* formulados não se contiveram nos arquivos nem nas bibliotecas, mas se transformaram em "bandeiras de luta" de um *movimento*, articulando práticas (política, ideológica, científica, técnica e cultural) e tornando-se História.

Como já se assinalou, a Saúde Coletiva apoiou teoricamente a RSB a partir do triedro ideologia, saber e prática, porquanto surgiu e se desenvolveu, enquanto campo científico, de forma vinculada à *proposta* e ao *projeto* da Reforma Sanitária. Se a Saúde Coletiva apresenta *continuidades* com a Saúde Pública (institucionais, científicas e tecnológicas), também exibe *rupturas* fundamentais em termos políticos, ideológicos, organizacionais e culturais (PAIM, 2006a). O presente estudo, ao tomar como objeto a RSB, fundamentou-se em parte dessa produção científica da Saúde Coletiva e procurou examinar os seus impasses, analisando os antecedentes e as circunstâncias em que foram formulados a *proposta* e o *projeto*, bem como a capacidade de articulação e de fazer política dos seus atores no *processo*, particularmente na conjuntura pós-constituinte. Representa uma das leituras possíveis de um fenômeno histórico-social, sem a pretensão de esgotar a compreensão de um *processo* incerto, sujeito a surpresas e que não tem um fim previsível, como adverte um dos seus atores:

> Os meandros da vida são muito mais sinuosos e surpreendentes que a arquitetura simplificadora de planejadores ou pensadores políticos podem prever (VAN STRALEN, 1995, p. 189).

Cumpre registrar que ao se efetuar uma leitura de discursos de intelectuais sobre a Reforma Sanitária, assim como publicações e documentos produzidos no período do estudo (1976-2006), não significa uma valorização dos atores e suas opiniões e representações em detrimento dos fatos. Um estudo que usa como matéria-prima discursos (opiniões, *doxa*) disponíveis em publicações (entrevistas,

notícias, relatórios e textos críticos, ideológicos e apologéticos), embora não expresse objetivamente o real, enquanto representação, pode ser uma das aproximações possíveis. Na realidade, não se pretendeu investigar os atores (os intelectuais singulares da RSB ou mesmo os intelectuais coletivos do movimento sanitário como o Cebes, a Abrasco, as Plenárias e os Conselhos de Saúde). Desejou-se indagar, objetivamente, sobre o seu "produto" – a Reforma Sanitária, considerando-se que o discurso e a prática desses atores representam uma matéria-prima ou substrato, cuja natureza empírica permitiria transcender a um mero ensaio.

Enquanto as iniciativas anteriores de reforma da saúde estavam ligadas ao Estado (com o foco nos portos e centros urbanos), quando não desencadeadas fundamentalmente pela ação estatal, a Reforma Sanitária ou *Reforma Democrática da Saúde*, objeto desta investigação nasceu da sociedade civil e só, posteriormente, partiu para a conquista do Estado: o Parlamento e o Executivo. Teve como diferencial a ênfase na democratização da saúde e em demandas por "liberdades civis e bens coletivos" capazes de reduzir as desigualdades e buscar a equidade no acesso a serviços públicos (ARRETCHE, 2005).

No entanto, diversos estudos, investigações, ensaios, *position papers*, debates e reflexões empreendidos sobre a RSB nas últimas décadas fixaram-se na sua dimensão institucional, ou seja, no SUS, negligenciando outros elementos fundamentais do *projeto* original. Constatou-se que, a despeito das conquistas, a Reforma Sanitária enquanto *processo*, enfrentou obstáculos. Estes estavam presentes na estrutura econômica e na superestrutura jurídico-política e ideológica da sociedade brasileira, agravados pelas dificuldades de ampliação de sua base de sustentação política para vencer os seus adversários transitórios e estruturais, numa conjuntura marcada pela crise fiscal do Estado, pela adoção de políticas recessivas e pela manipulação político-ideológica efetuada pelo *Estado ampliado*, particularmente via mídia.

Ainda assim, no final da década de oitenta, admitia-se que o *processo* da Reforma Sanitária supunha o desenvolvimento do

capitalismo brasileiro e o percurso da sua superação para o socialismo, bem como a conquista da cidadania plena e a democratização da vida social (PAIM, 1991). O trem da história, porém, parece ter seguido por outros trilhos. Outras reformas, como a italiana, enfrentaram, também, obstáculos internacionais face à política de Reagan e Tatcher, voltada para a destruição do Estado Social, e à ideologia do privado que procurava substituir a solidariedade coletiva (BERLINGUER, 1987).

As conquistas da Reforma

Apesar de tudo, trinta anos depois da fundação do Cebes e vinte anos após da realização da 8ª CNS pode-se registrar, evidentemente, um conjunto de significativas conquistas da Reforma Sanitária no Brasil, com destaque para o reconhecimento formal do direito à saúde e a descentralização com comando progressivamente único em cada esfera do governo, como se ressalta:

> Ao incluir a saúde como um direito constitucional da cidadania no capítulo da Seguridade Social, avançamos na concretização da democracia, fortalecendo a responsabilidade do Parlamento e da Justiça, cada dia mais presentes na garantia dos direitos sociais. [...] No âmbito da Reforma do Estado, o SUS desenvolveu um projeto de reforma democrática que se caracterizou pela introdução de um modelo de pacto federativo baseado na descentralização do poder para os níveis subnacionais e para a participação e controle social. Como conseqüência ocorreu uma ousada municipalização do setor saúde.[1]

A defesa e o posterior reconhecimento do direito universal à saúde, o reforço da noção de cidadania e a sua vinculação ao conceito de seguridade social, introduziram mudanças significativas na relação Estado-sociedade no Brasil a partir do projeto da RSB. Esse início de *Reforma Democrática do Estado* e o radical processo de descentralização num país de dimensões continentais com 27 unidades federativas e mais de 5.500 municípios asseguraram a participação social no interior dos aparelhos de Estado e a organização de instâncias de pactuação

entre gestores para a implementação do SUS, considerando uma complexa concepção de federação. Essa ampliação da participação social em saúde, desencadeando o controle público sobre o Estado através de conselhos, conferências e plenárias de saúde permitia a constituição de novos atores na área da saúde (CARVALHO, 1997). Contudo, o caráter virtuoso desse processo participativo não tem sido suficiente para resultar numa práxis de *reforma social geral*.

> Foram criados Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo, em todos os municípios e estados nos quais os representantes dos usuários ocupam 50% dos assentos. Foram instituídos fundos de Saúde, substituindo os convênios que regiam as relações entre as três esferas governamentais. A criação das Comissões Bipartites (CIB), nos estados, e a Tripartite (CIT), no nível nacional, estabeleceu o espaço para o desenvolvimento de relações cooperativas entre os entes governamentais. [...] Esse modelo do SUS está sendo expandido e reinterpretado para a área de Assistência Social (SUAS) e também para a área de Segurança Pública (SUSP).[2]

Outros avanços do SUS podem, ainda, ser mencionados: extinção do Inamps, universalização do acesso, expansão do PACS/PSF, crescimento da produção e da produtividade (mais de 1,5 bilhão de atendimentos ambulatoriais em 2004, 200 milhões de exames laboratoriais, 12 milhões de internações, 1 milhão de tomografias etc.), regulamentação e realização de 23.400 transplantes, desenvolvimento de sistemas de informatização e informação em saúde, entre outros:

> O êxito da descentralização pode ser medido pelo seu impacto no aumento da base técnica da gestão pública em saúde nos níveis local, regional e central. Também, a rede de atenção básica teve grande expansão, a partir de 1998, ampliando enormemente o acesso das populações antes excluídas. O sistema universal e descentralizado permite que o país realize um dos maiores programas públicos de imunizações do planeta e um programa de controle da AIDS mundialmente reconhecido. Esses resultados constituem os esforços de milhares de trabalhadores de saúde, de todos os níveis e especialidades de formação, para concretizar o direito à saúde no cotidiano da população brasileira.[3]

No que diz respeito à vigilância sanitária, muitas vezes esquecida na apreciação do SUS, basta lembrar que em 1987 a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária contava com apenas 15 fiscais em todo o Brasil para cosméticos, saneantes, alimentos, medicamentos, portos e fronteiras (PROPOSTA, 1987c) e por muito tempo os escândalos produzidos ocupavam, freqüentemente, as páginas policiais (SOUTO, 2004). Atualmente encontra-se em desenvolvimento o *Plano diretor da vigilância sanitária* e a organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no qual só a Anvisa dispõe de centenas de técnicos e funcionários, além dos milhares trabalhadores militantes da VISA dos SUS estaduais e municipais. Além disso, estrutura-se uma tecnoburocracia crescentemente qualificada, com a produção e utilização da informação e do conhecimento técnico-científico para a regulação e fiscalização, conquistando credibilidade junto aos profissionais de saúde e à opinião pública (SOUTO, 2007, MASSON, 2007, GAMARSKI, 2006).

As promessas não cumpridas

Apesar desses êxitos, o confinamento da RSB à dimensão setorial e a submissão do SUS às "manobras da política" (BERLINGUER, 1988a), tornando-o refém do clientelismo e do partidarismo, representam sérias limitações a exigir uma avaliação crítica:

> Tenho a impressão de que as lideranças do movimento sanitário se distanciaram do povo e das equipes de saúde, talvez porque se partidarizaram muito e isso emburrece as pessoas, cresce a percentagem de assuntos proibidos, comentá-los seria provocar esse ou aquele governo [...]. Muitos me dizem que esta partidarização, esse hábito de colocar o interesse particular antes da saúde seria um fato normal e inevitável. Eu reconheço que é inevitável que isso ocorra, mas me recuso a considerá-lo normal, quando as coisas se degradam, quando o jogo político se sobrepõe ao interesse público e à lógica sanitária (RADIS ENTREVISTA: Gastão Wagner..., 2005, p. 21).[4]

Em toda a conjuntura pós-constituinte o SUS enfrentou um conjunto de obstáculos não superados, merecendo destaque a não implementação do preceito constitucional da Seguridade Social. Cabe lembrar que a concepção de Seguridade Social centra-se na cidadania universal, garantida como direito sob o princípio de justiça, e no financiamento do orçamento público. Entretanto, encontra-se esvaziada pelos seguintes motivos: quebra da solidariedade do financiamento; criação de fontes específicas para a previdência, saúde e assistência social; retomada da concepção de seguro social, explícita inclusive na denominação Instituto Nacional de Seguro Social (INSS); e predomínio da ideologia liberal na assistência social, levando a uma "cidadania invertida", seja através do fundo de combate à pobreza, seja mediante o *Bolsa Família*. O componente saúde da Seguridade Social, representado pela atuação do SUS e do Ministério da Saúde reproduz a lógica do Inamps – hospitalar e medicalizante:

> O modelo assistencial é anti-SUS. Aliás, o SUS como modelo assistencial está falido, não resolve nenhum problema da população. Esta lógica transformou o governo num grande comprador e todas as outras instituições em produtores. A Saúde virou um mercado, com produtores, compradores e planilhas de custos. O modelo assistencialista acabou universalizando a privatização. (RADIS ENTREVISTA: Sérgio Arouca..., 2002, p.19).

A ressurreição da lógica do Inamps, a manutenção do modelo médico hegemônico e a submissão do SUS a interesses partidários na ocupação de cargos de confiança configuram questões insuficientemente discutidas pelo movimento sanitário. Além disso, o subfinanciamento, a precarização das relações, a remuneração, as condições de trabalho, a insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema, o *marketing* de valores de mercado e as soluções que ignoram os determinantes estruturais das necessidades de saúde, expressam evidências de promessas não cumpridas pela RSB.[5]

Este documento do Fórum continua mencionando problemas não equacionados tais como: persistência do perfil epidemiológico, com doenças agravadas pela ausência de intervenções oportunas e mortes evitáveis, exames diagnósticos, tratamentos e encaminhamentos desnecessárias e de baixa qualidade, dificuldades na relação com o setor privado suplementar e na democratização do acesso a medicamentos produzidos pelas multinacionais. Enfim, pouco se avançou na efetivação da integralidade e da igualdade, na institucionalização da carreira de gestor ou na influência da sociedade civil e dos conselhos de saúde sobre a formulação de políticas e de estratégias do SUS. Daí a advertência do Fórum da RSB, registrando que não será possível continuar expandindo a cobertura sem mudar os modelos de atenção e de gestão.

Portanto, por mais que seja possível assinalar um elenco de sucessos, vitórias e conquistas do *projeto* da RSB, cabe reconsiderá-lo criticamente para enfrentar a operação descrédito, tal como ocorrera com a reforma italiana vinte anos atrás:

> Não é possível somente defendê-la, é preciso fazer uma avaliação crítica.[...] é necessário fazer um grande esforço e reconsiderar as condições das doenças, a participação popular, a organização administrativa, as prioridades técnico-científicas, pois não existem conquistas irreversíveis. A experiência italiana mostra que foram necessários 20 anos para que obtivéssemos um SNS na Lei. Não sei quantos anos serão necessários para construí-lo na realidade, na consciência e nos serviços, capaz de impedir que seus adversários o destruam (BERLINGUER, 1987).

Os impasses e dificuldades vividos pela Reforma Sanitária Italiana na passagem para a década de oitenta lembram os experimentados pelo Brasil na passagem para a década de noventa:

> A lei foi aprovada em dezembro de 78, depois se formou um novo governo e o Ministro da Saúde escolhido pertencia ao partido Liberal, o único que votou contra a Reforma. Era como deixar o queijo aos cuidados dos ratos. E os ratos começaram a comer o queijo, não somente no centro mas

> na periferia também. Atrasaram muito a aplicação de todas as leis específicas [...]. A pressão cultural e popular diminuiu [.... Há uma distribuição de pessoal administrativo nas U.S.L. extremamente partidária e pouco qualificada. (BERLINGUER, 1987, Encarte Especial)

Do mesmo modo, o descrédito em relação ao SUS não parece resultar exclusivamente da ação dos seus oponentes, mas da desmobilização dos seus aliados e do uso de cargos públicos como moeda de troca entre partidos, além da descontinuidade administrativa, do caráter do Estado e das limitações estruturais da sociedade brasileira:

> Não se pode esperar que o setor Saúde seja capaz de responder à demanda crescente de atenção provocada por uma sociedade desigual, injusta e cada dia mais violenta, cuja sociabilidade se encontra rompida e na qual o outro é visto como uma ameaça. As conseqüências são a perda de coesão social, expressa não apenas em milhares de mortes e internações, mas também no sofrimento mental, na insegurança e no desalento, que seriam evitáveis onde predominassem uma cultura de paz e justiça social. [...] O SUS universal [...] convive com avaliações negativas sobre o acesso e as condições indignas de atendimento efetuado pela rede de serviços de saúde. A desfiguração da Seguridade Social, o adiamento *sine die* de direitos básicos da cidadania e o deslocamento das políticas sociais em direção a programas de transferência de rendas, cujos efeitos redistributivos não incidem especificamente sobre as condições que produzem os principais problemas de saúde dos brasileiros, retardam a melhoria dos padrões de saúde e qualidade de vida.[6]

Não obstante os desejos de coesão social e de cultura da paz numa sociedade em que a luta de classes é transfigurada em violência estrutural, interpessoal e da delinqüência no cotidiano, e onde transparece, cada vez mais, o caráter patogênico do capital, permanecem grandes desafios para o *SUS universal, humanizado e de qualidade*. O usuário-cidadão encontra-se bastante distante de ser reconhecido como centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde. Para enfrentar tais desafios o Fórum da

RSB propôs nove estratégias programáticas: a) romper o insulamento do setor Saúde; b) estabelecer responsabilidades sanitárias e direitos dos cidadãos usuários; c) intensificar a participação e controle social; d) aumentar a cobertura e a resolutividade e mudar radicalmente o modelo de atenção à saúde; e) formar e valorizar os trabalhadores da saúde; g) aprofundar o modelo de gestão; aumentar a transparência e controle dos gastos; h) ampliar a capacidade de regulação do Estado; i) superar a insegurança e o subfinanciamento (Abrasco, Cebes, Abres, Rede Unida, Ampasa, 2005).

Revolução passiva: a sua mais completa tradução?

Se para alguns dos formuladores do *projeto* da RSB a redemocratização poderia significar uma oportunidade histórica de realizar uma "democracia progressiva" com vistas ao socialismo (OLIVEIRA, 1988, AROUCA, 1989b), assumindo "saúde como democracia e democracia como saúde", a força da inércia e as características do desenvolvimento histórico da sociedade brasileira dosaram os ritmos e os conteúdos do *processo* da RSB:

> A ruptura não veio, mas houve e está havendo a modernização capitalista e, em 'ondas reformadoras sucessivas', vem-se fortalecendo o processo de democratização que institui cada indivíduo dependente em um portador potencial de direitos à cidadania (VIANNA, 2004, p. 61).

Portanto, os resultados apresentados no presente estudo indicam que as condições concretas em que a RSB foi implantada reduziram a sua práxis a uma *reforma parcial* setorial, ilustrando algumas das conseqüências da *revolução passiva*. O refluxo dos movimentos sociais e a diminuição do Cebes na cena política durante a década de noventa reduziram a força da antítese, mas não impediram o aparecimento de certos elementos de mudança até mesmo pela produção de fatos e de acumulações, independentemente da sua vontade. Contudo, o

movimento sanitário restringiu-se a "ações esporádicas e inorgânicas" durante a *revolução passiva* efetuada nessa conjuntura.

> No curso da revolução passiva, a imobilização política do 'portador da antítese' pode negar-lhe protagonismo, restringindo-o a ações 'esporádicas e inorgânicas'. Mas a sua imobilização não leva à estagnação do processo de mudança, uma vez que o ator como que passaria a ser representado veladamente pelos 'fatos' (VIANNA, 2004, p. 102).

Na medida em que o presente estudo recuperou conceitos, proposições e representações da *proposta* e do *projeto* da Reforma Sanitária poder-se-ia retornar neste capítulo ao referencial teórico helleriano, dialogando com a contribuição gramsciana no sentido de buscar uma explicação do *processo* da RSB à luz do conceito de *revolução passiva*, mesmo reconhecendo as dificuldades apontadas para essas análises:

> O erro em que se incorre freqüentemente nas análises histórico-políticas consiste em não saber encontrar a justa relação entre o que é orgânico e o que é ocasional: chega-se assim ou a expor como imediatamente atuantes causas que, ao contrário, atuam mediatamente, ou a afirmar que as causas imediatas são as únicas causas eficientes [...]. O nexo dialético entre as duas ordens de movimento e, portanto, de pesquisa dificilmente é estabelecida de modo correto; e, se o erro é grave na historiografia, mais grave ainda se torna na arte política, quando se trata não de reconstruir a história passada, mas de construir a história presente e futura: os próprios desejos e as próprias paixões baixas e imediatas constituem a causa do erro, na medida em que substituem a análise objetiva e imparcial e que isto se verifica não como 'meio' consciente para estimular à ação, mas como auto-engano (GRAMSCI, 2000b, p. 37-38).

Apesar da cautela que deve nortear as interpretações sobre o *processo* da RSB, considerando-se a possível presença de desejos, paixões e ideologias no exame dos fatos, a construção escrupulosa da "história presente e futura" obriga uma análise da história recente. Se parte do *projeto* da RSB representava uma "leitura socializante"

(TEIXEIRA, 1988) da realidade brasileira e da saúde, em particular, o horizonte socialista parece ter esmaecido como discurso e como prática dos seus sujeitos, individuais e coletivos. Até mesmo entre os chamados partidos de esquerda que tiveram proximidade com o *movimento* da RSB poucos são os que assumem, publicamente, uma práxis ou mesmo um discurso socialista ou comunista no presente. O pragmatismo, o oportunismo e o pós-modernismo servem de pretexto para obstar uma reflexão sobre projetos e futuro.

Se outra parte do *projeto* da RSB identificava-se com a social-democracia, ao apontar para a conquista de um Estado de Bem-Estar Social, garantia dos direitos sociais e reforço da cidadania, os sucessivos governos da conjuntura pós-constituição implementaram políticas econômicas e sociais com direcionalidade distinta do seu ideário, não obstante a vigência da "Constituição Cidadã". Até mesmo o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) que exerceu diretamente o poder da União por oito anos, esteve longe de se comprometer e implementar princípios e diretrizes da RSB de caráter social-democrata. Assim, a Seguridade Social foi subvertida, restringiu-se o financiamento para a saúde, a ação intersetorial foi ignorada e até a implementação do SUS não constituía a agenda prioritária do governo. Algo semelhante pode ser afirmado no que diz respeito ao Partido dos Trabalhadores (PT) que se aproximando de uma ideologia social-democrata e mantendo a política econômica dos seus antecessores não formulou nem implementou políticas públicas voltadas para a garantia do direito à saúde e para a elevação da consciência sanitária da população.

Mesmo não sendo pouco, o que se desenvolveu no país foi uma *reforma parcial* de natureza setorial e institucional traduzida pela implementação do SUS. Apesar dessas considerações, a análise do desenvolvimento do SUS nessa conjuntura pós-constituinte não permite concluir sobre a hegemonia de um projeto neoliberal em saúde nos períodos examinados. Mesmo no governo Collor, com o desfinanciamento do setor e a ênfase em políticas focalizadas para os "descamisados", a exemplo do PACS, foram promulgadas

as Leis 8080/90 e 8142/90, além de ter início um processo de descentralização voltado para os municípios (municipalização) que favorecia a criação de conselhos de saúde, a formulação de planos e a prestação de contas.

Talvez seja possível identificar o *processo* da RSB nessa conjuntura como derivado de um misto de pragmatismo político com o liberalismo social (BOBBIO, 2003). Na política e em meios acadêmicos verifica-se uma atração e simpatia em relação a obra desse pensador italiano "com suas instigantes reflexões sobre o socialismo, suas 'leituras' dos clássicos do liberalismo e sua pregação em favor do liberal-socialismo" (NOGUEIRA, 1985, p. 149-150). Esse liberalismo com pretensões sociais mereceria uma investigação a parte uma vez que tem inspirado presidentes brasileiros desde Collor.

Como ilustração, há o seguinte registro de um diálogo do então presidente eleito com o intelectual e embaixador do Brasil, José Guilherme Merquior:

> - Embaixador, preciso de uma base ideológica. Falam que eu sou de direita, e para mim a direita é o Delfim Neto e o Roberto Campos. O senhor me vê como um político de direita?
> - Não. Eu o vejo como um socialista liberal.
> - Mas não há uma contradição entre socialismo e liberalismo?
> - Não. O Noberto Bobbio usa e defende essa classificação.[7]

Numa sociedade em que a *revolução passiva* e o *transformismo* vicejam não haveria espaço nem identidade para a direita. Aliás, em tempos neoliberais, com o domínio do pensamento único, muitos já descartam essa distinção entre esquerda e direita, originária da própria revolução burguesa na França.

Portanto, o *processo* da RSB não indica a realização de uma *reforma social geral*, muito menos uma *revolução no modo de vida*, como anunciado ou insinuado no seu *projeto*. Independentemente do jacobinismo de parte dos seus autores, dominou a *revolução passiva* brasileira onde a dialética do conservar-mudando parece continuar imperando. Daí a pertinência de assinalar certos elementos estruturais

vinculados a essa *revolução passiva* que podem ter condicionado o *processo* da RSB.

A explicação que se apresenta consiste em considerar que as dificuldades e impasses desse *processo* não se resumem a questões conjunturais tais como o retrocesso do Governo Sarney, as políticas neoliberais de Collor, o ajuste macroeconômico de FHC (com a implosão da Seguridade Social e o desfinanciamento da saúde) e o continuismo de Lula. Procura-se argumentar que são determinantes estruturais, particularmente da superestrutura (onde se enfrentam contradições geradas na base econômica) os que melhor explicam a lentidão e características do *processo* da RSB. As formas de as classes dominantes atuarem em relação ao Estado e às classes subalternas no Brasil, favorecendo o *transformismo*, inclusive entre os seus intelectuais, ajudam a compreender o conservar-mudando da RSB.

Diálogo com estudos sobre a RSB

Neste estudo foi considerada como hipótese concorrente (YIN, 2005) um conjunto de proposições elaboradas sobre Reforma Sanitária e Democracia "no calor da luta" por cientistas sociais que, ao mesmo tempo, participavam como militantes no movimento sanitário. Tratava-se de uma produção científica engajada na qual a reflexão teórica buscava fundamentar a ação política, expressando na construção do campo da Saúde Coletiva, concretamente, uma resposta crítica ao que se denominnou *dilema preventivista* (AROUCA, 2003): a necessária articulação entre a prática teórica e a prática política.

Assim, o triedro ideologia-saber-prática, concebido para o campo da Saúde Coletiva, informava os estudos originais sobre o movimento sanitário e a Reforma Sanitária Brasileira (TEIXEIRA, 1989a, GERSCHMAN, 1994, ESCOREL, 1998), gerando suas "hipóteses explicativas" a partir da práxis. Cotejar os resultados do presente estudo com tal conjunto de investigações não tem o propósito de refutá-las nem aceitá-las, muito menos falsear suas hipóteses numa

perspectiva empiricista. Ao se buscar tal diálogo pretende-se explorar a possibilidade de uma generalização analítica (YIN, 2005).

Mesmo passados 20 anos da 8ª CNS e três décadas do movimento sanitário, o presente estudo não se encontra numa situação epistemológica mais confortável do que aquela experimentada pelas pesquisas iniciais. Portanto, o exposto e discutido neste tópico pode gerar mais perguntas do que respostas ou conclusões definitivas.

As três vias de transição democrática – ruptura revolucionária, colapso e pactuação permitem reconhecer no caso brasileiro uma "pactuação pelo alto" (TEIXEIRA, 1989b), quando os dissidentes da ditadura aliaram-se com parte dos seus oponentes para assegurar a vitória da Aliança Democrática (Tancredo Neves/José Sarney) no colégio eleitoral em janeiro de 1985. Apesar da mobilização pelas *Diretas já*, com milhões de brasileiros nas ruas, a emenda Dante de Oliveira que estabelecia as eleições diretas para presidente da República não foi aprovada pelo Congresso Nacional no ano anterior, favorecendo as negociações por cima entre as classes dirigentes.

Não obstante o sacrifício de vidas e sofrimentos dos que pretenderam uma ruptura revolucionária pela luta armada, a ditadura permaneceu por mais quinze anos. Ainda que a oposição democrática se articulasse desde o início da década de setenta e ganhasse as eleições para o Congresso Nacional em 1974, o autoritarismo teve fôlego, não chegando ao colapso mesmo diante dos choques do petróleo, da crise econômica e da recessão. Portanto, se aquele ano for considerado o início da "abertura lenta, segura e gradual", a transição brasileira durou mais de dez anos, ilustrando por excelência a *revolução passiva* e o *transformismo* enquanto elementos explicativos do desenvolvimento da sociedade brasileira (VIANNA, 2004).

Mesmo a incorporação das demandas políticas e sociais do movimento sanitário pelo Estado, particularmente através de dispositivos legais, configurou distintas cidadanias (formais, restritas, "invertidas" ou adiadas) como expressão da correlação de forças verificada nas duas conjunturas analisadas. E o refluxo das lutas políticas e dos movimentos sociais ao longo da década de noventa,

ao lado de uma reestruturação produtiva do capitalismo globalizado, comprometeu a conformação de novas identidades políticas e sociais.

A visão da saúde da população como resultante das formas de organização social da produção, tal como concebia a teoria da determinação social do processo saúde/doença elaborada pela Medicina Social e Saúde Coletiva, foi assimilada pelo arcabouço legal no Brasil. Não tem sido, contudo, objeto de lutas populares cotidianas, nem valorizada pela sociedade e Estado para o desenvolvimento da consciência sanitária, nem reconhecida como indutora de luta política. Apesar da elaboração teórica dos conceitos de necessidades e de práticas de saúde verificada no período do estudo, eles não têm sido acionados para a repolitização da saúde, nem mesmo na área da Saúde do Trabalhador.

O reconhecimento dos trabalhadores como sujeito político a partir de suas lutas, possibilitado pela conquista da democracia no Brasil nas duas últimas décadas, além de resultar em grandes centrais sindicais, permitiu a expansão do Partido dos Trabalhadores que passou a ocupar espaços consideráveis do Estado, inclusive a Presidência da República a partir de 2003. Todavia, o processo de auto e heterorreconhecimento de identidades sociopolíticas (TEIXEIRA, 1989b), ainda carece de produção de evidências na perspectiva de contribuir com o avanço da Reforma Sanitária Brasileira.

Embora a presente estudo tenha contemplado como objeto um caso singular – a RSB, a hipótese de que as Reformas Sanitárias emergem em contextos de democratização pode ser reforçada com o caso brasileiro e de alguns países europeus, após a queda de ditaduras na década de setenta, como Espanha e Portugal. No caso brasileiro, porém, a pactuação pelo alto, verificada na transição democrática, não favoreceu a emergência das classes populares como sujeito político, apesar da sua aliança com setores médios. Conseqüentemente, o *processo* da Reforma Sanitária tem sofrido as conseqüências da ausência da classe trabalhadora de modo que os grandes beneficiários do *projeto* e do próprio SUS não parecem reconhecê-los como

conquistas históricas das classes populares. Portanto, o caráter político da RSB tem sido marcado pelo tipo de transição democrática, acima referido, revelado pela lentidão do seu processo, possível de ser explicado pela categoria *revolução passiva*.

Os elementos constituintes da Reforma Sanitária – ampliação da consciência sanitária, construção de paradigma analítico oriundo da Saúde Coletiva, desenvolvimento de uma nova ética profissional, entre outros, (TEIXEIRA, 1989b) ainda representam concepções de reserva, posto que no seu *processo* aparece com mais clareza a construção de um arco de alianças política na luta pelo direito à saúde e a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social. Ao se excluir da RSB seu "núcleo subversivo" (determinação social do processo saúde-doença e da organização das práticas) tende-se a identificar o seu *processo*, parcialmente, com as políticas de proteção social.

No formato e no conteúdo da RSB verificados nas duas conjunturas podem ser constatados muitos dos fenômenos mencionados, a exemplo do *timing* da Reforma (TEIXEIRA, 1989b). Todavia, esses elementos teóricos se apresentam com um caráter mais descritivo do que explicativo, além de, em certos casos, parecerem tautológicos.

A saúde apresentando-se como valor universal permite a construção de alianças suprapartidárias e policlassistas, tal como se observa na Frente Parlamentar da Saúde durante a implementação do SUS, especialmente quando se trara da defesa do financiamento. Mas o *transformismo* que tem presidido tais alianças e a seletividade estrutural do Estado capitalista terminam por neutralizar o seu "núcleo subversivo". As conseqüências desse processo reforçam a hipótese de que os aspectos racionalizadores da Reforma são os que têm sido assimilados pelo Estado. Ao contrário do "dilema preventivista", parcialmente superado pelas prática teórica e política da Saúde Coletiva, persiste o "dilema reformista" (TEIXEIRA, 1989b) já que o caráter contraditório da saúde na estrutura social capitalista implica a possibilidade de um processo de construção social mas, ao mesmo tempo, requer sujeitos sociais capazes de desestabilizar a

revolução passiva em favor das forças progressistas, constituindo os portadores da antítese.

Reforma Sanitária ou Retórica Sanitária?

Duas décadas atrás já se associava a Reforma Sanitária, em termos de ousadia, à Reforma Agrária e à Reforma Tributária. Esta comparação, atualmente, remete a uma reflexão influenciada pelo *pessimismo da razão*: se a força e a capacidade de organização dos movimentos sociais no campo, a exemplo do Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST), não foram suficientes para realizar a Reforma Agrária, e se o movimento municipalista não teve, até o momento, as condições para concretizar uma Reforma Tributária que atendesse as necessidades do poder local, o que dizer de uma Reforma Sanitária que tem como base de apoio, fundamentalmente, o Cebes, Abrasco, Conass, Conasems, conselhos e a Frente Parlamentar da Saúde? Estaria a RSB condenada a uma retórica de mudança, tal como a Reforma Agrária através de décadas, mas sempre adiada e debilitada para avançar enquanto práxis?

A rigor, a Reforma Sanitária não tem sido sustentada por um movimento de massa. Diferentemente da Reforma Agrária que desde as Ligas Camponesas, lideradas por Francisco Julião (RIBEIRO, 1985) no período anterior a conquista do Estado em 1964 pelo conservadorismo brasileiro (DREIFUSS, 1981), até o MST em anos recentes que se apoiou em segmentos significativos de trabalhadores rurais a RSB sustentou-se, inicialmente, em segmentos da classe média: estudantes, intelectuais, profissionais de saúde, ainda que articulados a certos movimentos sociais urbanos (associações de bairros, movimentos contra a carestia, comunidades eclesiais de base, entre outros) e sindicatos.

Diferentemente do caso italiano no qual a Reforma Sanitária esteve respaldada por uma coalizão de partidos progressistas e por fortes centrais sindicais, a RSB tem contado com uma frente

parlamentar suprapartidária no Congresso Nacional, embora centrada mais em parlamentares individuais do que em compromissos efetivos dos respectivos partidos. Ainda assim, o movimento sanitário tem sido considerado vitorioso, pois quando comparado com outras mobilizações nas áreas de educação e da reforma agrária seu êxito, ainda que parcial, não pode ser ignorado:

> Observando-se o ocorrido em áreas como a de educação, altamente politizada nos anos 1950 e começo dos anos 1960, verifica-se que o que sobrou foi um certo saudosismo do método Paulo Freire e das experiências do Movimento de Educação de Base (MEB), desbaratadas pelo governo militar. [...] O próprio movimento pela reforma agrária tampouco conseguiu ser uma bandeira de toda sociedade brasileira. Heterogêneo e polêmico na sua plataforma e na sua estratégia, tornou-se uma batalha muito localizada nas áreas de conflito [...] (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 52).

Assim, as conquistas constitucionais da saúde superaram as de outras áreas de interesse social, ainda que a Reforma Sanitária não tenha sido uma bandeira da maioria da sociedade, nem o SUS considerado, até presentemente, uma conquista do povo brasileiro. Em vez de uma simples *Retórica* Sanitária, como se perguntava no subtítulo deste tópico, ter-se ia um processo com singularidades, uma disputa entre competição e solidariedade, uma história que não tem fim.

Portanto, a partir da análise dos fatos produzidos nas conjunturas estudadas e do exame da correlação de forças apontado no presente estudo torna-se possível indicar o desfecho atual da Reforma Sanitária Brasileira, com base no referencial helleriano: uma *reforma parcial*, ainda que almejando a uma *revolução no modo de vida*. Assim, o *processo* da RSB foi confinado, até o presente, a uma *reforma parcial setorial*, não obstante alguns dos seus atores/autores continuarem a defender uma *revolução no modo de vida*. Em linhas gerais, esta é a tese defendida: a Reforma Sanitária Brasileira reduziu-se a uma *reforma parcial*, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O resto é retórica. Este desfecho atual da RSB enquanto *reforma parcial*, não exclui,

todavia, as possibilidades de seu "núcleo subversivo" e os portadores da antítese empurrarem o seu *processo* para uma *reforma geral* ou, eventualmente, para uma *revolução no modo de vida*.

Mesmo enquanto *reforma parcial*, como no caso da implantação do SUS, esteve sujeita às vicissitudes do desfinanciamento, do clientelismo, da descontinuidade administrativa, da rigidez burocrática e da reprodução do modelo médico hegemônico. Reconhece-se que iniciativas técnico-institucionais e sócio-comunitárias foram desenvolvidas no final da década de oitenta e nos anos noventa, conformando o seu processo de implementação numa conjuntura adversa, mas que pouco tem a ver com a concepção ampliada de saúde e dos seus determinantes concebida pela Saúde Coletiva, compartilhada na 8ª CNS e consagrada pela Constituição da República.

O "fantasma da classe ausente" e os novos sujeitos sociais

Considerando que a via *sócio-comunitária* foi a estratégia menos acionada na implantação da Reforma Sanitária e na implementação do SUS, parece que esta se descortina como prioritária para o movimento sanitário, reconhecida até pelos que apostaram na via legislativo-parlamentar (RODRIGUEZ NETO, 2003). O "fantasma da classe ausente", alegoria criada por Arouca para indicar as dificuldades do movimento sanitário em se articular, organicamente, com as massas populares, parece perseguir como um desafio ou um acerto de contas em relação ao seu *projeto*.

> O desafio que se coloca, portanto, para os técnicos e intelectuais do Setor, militantes do *movimento*, é o de, simultaneamente com o apoio ao reforço e desenvolvimento técnico das propostas organizativas derivadas da aprovação da estratégia do Sistema Único de Saúde, articularem-se com o movimento popular e sindical e com partidos políticos voltados para as causas populares, na conquista dos efetivos meios de exercício do controle social sobre as instituições e as

> ações governamentais que interfiram na possibilidade do gozo da saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 127).

Enquanto tal caminho não é pavimentado nem plenamente utilizado, adquirem proeminência na defesa do SUS (mais do que na luta pela Reforma Sanitária) os chamados gestores da saúde, representados pelo Conass e Conasems. Não obstante a participação das entidades que compõem atualmente o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira e a Plenária dos Conselhos de Saúde, bem como o sucesso na realização dos megaeventos do movimento, a exemplo das Conferências de Saúde e dos Congressos da Abrasco, ainda não chegam a constituir uma base orgânica de massa capaz de assegurar a radicalização do *processo* da Reforma Sanitária.

O significado político e social das proposições e reivindicações em torno do *projeto* da RSB têm conseguido obter um amplo consenso nas forças mencionadas, particularmente no que se refere ao direito à saúde e ao SUS, expressando a hegemonia ético-política e cultural alcançada pelo mesmo. Todavia, no povo em geral e mesmo entre os trabalhadores de saúde, nem a Reforma Sanitária nem o SUS parecem ser considerados conquistas que valham a pena lutar, seja para preservar ou para avançar. Trata-se mais de um *consenso passivo* do que de um *consenso ativo* dos governados.

Diante dos fins propostos pela Reforma Sanitária que transcendem uma reforma setorial, institucional e administrativa, os meios adotados na sua construção e implementação parecem insuficientes, pois centraram-se nas vias legislativo-parlamentar e técnico-institucional, particularmente voltadas para a implantação e operacionalização do SUS. Se essas estratégias têm se mostrado potentes para a superação de vários obstáculos verificados na conjuntura pós-constituinte, não conseguiram mostrar a mesma efetividade no que tange a ampliação da consciência sanitária, a realização da cidadania na saúde e a melhoria das condições de vida e de saúde de amplos contingentes da população. Fincar o projeto da RSB nas instâncias sócio-comunitárias, ampliando a sua base de sustentação política, continua como o desafio central para a sustentabilidade do *projeto* e avanço do *processo*.

A RSB não é um "movimento desnaturado"

O SUS, conforme a avaliação da maioria dos atores/autores citados nesta investigação, representa uma das políticas sociais mais exitosas concebidas e implementadas no Brasil. Apesar das dificuldades enfrentadas, o seu balanço expressa um saldo positivo em diversas dimensões e atributos de sistema de serviços de saúde, quando comparados com a situação anterior à Constituição de 1988. Portanto, a Reforma Sanitária não representa um "movimento desnaturado" (GRAMSCI, 2000b) cujos objetivos alcançados se encontram desviados da *proposta* original. Não, a crítica a ser registrada diz respeito à redução do escopo do *projeto* a uma *reforma parcial* e não a um suposto desvio dos seus objetivos.

No caso do movimento sanitário, apesar da conjuntura adversa das duas últimas décadas, não é possível afirmar que não tenha alcançado o poder. Além das diversas secretarias de saúde, municipais e estaduais, dirigidas e ocupadas por seus militantes, espaços relevantes do Ministério da Saúde foram preenchidos por personalidades e técnicos vinculados ao movimento (LIMA; SANTANA, 2006) em todos os governos da República a partir de 1988. Mesmo em governos considerados apressadamente neoliberais, como os de Collor e de FHC, era possível identificar em maior ou menor proporção figuras do movimento atuando, seja na perspectiva da guerra de posição, seja por interesses profissionais ou pessoais.

Nessa perspectiva o movimento sanitário não pode ser considerado um fracasso, a menos que julgado, eventualmente, a partir de uma postura moralista e subjetiva. Esta pesquisa realizada sobre a RSB confirma certos "elementos de força" (GRAMSCI, 2000b) já identificados em outros estudos, a exemplo da hegemonia político-cultural expressa na capacidade de formulação e articulação política, mas também "elementos de fraqueza", face à sua estreita base de sustentação política e o reduzido alcance na mobilização sócio-comunitária.

Não sendo algo mágico ou messiânico, nem um *processo* de natureza súbita ou veloz, muito menos uma ruptura revolucionária, a

Reforma Sanitária, para construir novas identidades e compromissos político-ideológicos, necessita estabelecer novos objetivos finais e intermediários, sob pena de ver banalizado o seu *processo* e desmoralizado o seu *projeto*. Nesse particular, cumpre atentar para uma recomendação qualificada de um dos parceiros mais entusiastas da RSB, formulada duas décadas atrás:

> Sou considerado na Itália um dos muitos pais (e há milhões!) da Reforma Sanitária Italiana. Pela minha idade serei logo um avô da Reforma! Vejo aqui uma grande força de jovens e sinto que vocês compreendem a necessidade de fazer alianças, de mobilização de outras forças populares, sindicais, religiosas, urbanas e rurais. [...] A necessidade de [...] ir ao encontro dessas forças a que pertencem os que mais sofrem e que têm o maior direito à saúde. Ir ao encontro até o ponto de identificar-se com elas, sem perder a própria identidade profissional e progredir juntos (BERLINGUER, 1987, Encarte Especial).

A *pedagogia da esperança* praticada por este professor de Medicina Social, ao apostar no desenvolvimento da consciência sanitária e na mobilização e organização das classes subalternas, certamente sinaliza alguns caminhos para contornar o *pessimismo da razão* diante do conhecimento disponível sobre o Estado brasileiro e da persistência da *revolução passiva*.

Perspectivas da Reforma Sanitária Brasileira

Interessante registrar que passados trinta anos da introdução da *idéia* da Reforma Sanitária no Brasil e duas décadas de sua formalização pela Assembléia Constituinte este tema volta a empolgar os debates, pelo menos no meio acadêmico. A discussão da sustentabilidade do SUS, sob a ótica da reforma política e da Reforma Sanitária, tem ensejado a explicitação de distintas posições e críticas sobre as perspectivas da RSB. Entre as alternativas sugeridas para um “movimento de mudança” destacam-se: a) constituição de um movimento social e de opinião em defesa do bem-estar e de políticas de proteção social;

b) ampliar o financiamento do SUS, reformulando o modelo de repasse de recursos; c) mudança do modelo de atenção; d) estabelecimento de responsabilidade sanitária dos entes federados, serviços e equipes de saúde; e) estratégia da saúde da família com recomposição das equipes em função das características de cada população ou "espaço geocultural"; f) revisão do modelo de gestão empregado pelo SUS; g) desenvolvimento científico e adoção de mecanismos de "filtro" para a incorporação de tecnologia em saúde (CAMPOS, 2007).

Essas estratégias consideradas por alguns como a "reforma da reforma", ainda que possam obter certa convergência entre os que defendem sistemas de saúde de natureza pública e universal e o avanço de políticas públicas de saúde (COELHO, 2007, PASCHE, 2007), deixam de aprofundar a discussão das relações entre SUS e a RSB (FLEURY, 2007) e de analisar os desafios postos para superar uma reforma social incompleta, particularmente, no que se refere às estreitas bases sócio-políticas desse projeto.

Ao contrário, a alternativa de radicalização da Reforma Sanitária, como parte de um processo radicalização da democracia a partir da sociedade civil, especialmente nas instâncias vinculadas ao movimento sanitário, pode resultar na produção de novos fatos políticos que permitam o reencontro com essas forças e a sua ampliação. Por isso a variável-chave dos processos de *revolução passiva* localiza-se, segundo a reflexão gramsciana no elemento jacobino:

> É a maior ou menor presença ativa do portador da *antítese,* mesmo que derrotado, o que singulariza uma forma atrasada de uma forma avançada. Assim, para ele, nem toda revolução passiva se cumpre com plena subsunção da *antítese* pela *síntese*: o ator subordinado pode ser ativo (ou ter sido), sobretudo *deve,* e é a sua ação que vai qualificar o resultado final como mais ou menos 'atrasado' (VIANNA, 2004, p. 101).

Impõe-se, então, a necessidade de buscar a compreensão do desenvolvimento histórico da sociedade brasileira e do papel desempenhado pelo Estado e pela política. Nesse particular, o conceito de *revolução passiva* pode contribuir na explicação sobre o ritmo e as

conseqüências do *processo* da RSB, pois o Brasil tem sido reconhecido como o lugar por excelência da ilustração dessa interpretação da mudança social. Ao mesmo tempo, o conhecimento dessa História permite a identificação de portadores da antítese no passado e a sua possível configuração no presente.

Desde a Independência, o Estado brasileiro vivia a ambigüidade entre o liberalismo e a escravidão. O primeiro, administrado em conta-gotas pelas elites políticas, deveria ser exercitado em longa duração no suposto de que a sociedade ainda não estaria preparada para tal, enquanto consagrava o patrimonialismo e a estrutura produtiva herdada da colônia. No caso da ordem senhorial-escravocrata passaria por um lento processo de transição até a Abolição, de modo a alcançar uma ordem competitiva com o advento da República. Ainda assim, trata-se de conciliar com uma restauração em que o agrário "vai coexistir com um trabalhador formalmente livre, embora submetido a um estatuto de dependência pessoal aos senhores da terra" (VIANNA, 2004, p. 48).

O elemento antítese apareceu no início do século XX com o movimento sindical, a juventude militar, o Partido Comunista do Brasil, a Coluna Prestes e, possivelmente, a emblemática Semana de Arte Moderna de São Paulo, mas se transformou numa modernização conservadora desde 1930. O *transformismo* se expressava no nacional-desenvolvimentismo da era Vargas, traduzindo-se em uma "fuga para frente" a partir do Governo Kubitschek, repercutindo, inclusive nas forças progressistas e na esquerda (VIANNA, 2004).

Assim, na História do Brasil é comum a referência à "Revolução de 30" ou à "Revolução de 64". Essa retórica não pode ser explicada apenas pela tentativa de encobrir situações típicas de golpe de Estado. Talvez indique aquilo que se conseguiu fazer pelo fato de uma revolução burguesa não ter sido realizada, efetuando de outra maneira a mudança social. Distante das rupturas consideradas por certos cientistas sociais (FERNANDES, 1975, PRADO JÚNIOR., 2000), verifica-se o desenvolvimento da *revolução passiva*:

> Ao contrário do que supunha a tradição marxista-leninista, o Brasil experimentou um processo de modernização

> capitalista sem por isso ser obrigado a realizar uma 'revolução democrático-burguesa' ou de 'libertação nacional' segundo o modelo jacobino. [...] Por um lado, gradualmente e 'pelo alto', a grande propriedade latifundiária transformou-se em empresa capitalista e, por outro, com a internacionalização do mercado interno, a participação do capital estrangeiro contribuiu para reforçar a conversão do Brasil em país industrial moderno, com uma alta taxa de urbanização e uma complexa estrutura social. [...] A transformação capitalista teve lugar graças ao acordo entre as frações das classes dominantes, à exclusão das forças populares e à utilização permanente dos aparelhos repressivos e de intervenção econômica do Estado (COUTINHO, 1985, p. 106).

Esse longo percurso da *revolução passiva* brasileira vai ser aprofundado com o golpe militar de 64, "oportunidade para a reforma liberal das estruturas do Estado e de suas relações com a sociedade, cumprindo-se uma americanização 'por cima'" (VIANNA, 2004, p. 51). As mudanças moleculares atravessaram 21 anos de ditadura não ocorrendo um colapso, nem a sua derrubada. Conseqüentemente, não é difícil documentar as principais transformações "pelo alto" verificadas no Brasil:

> Como reações a movimentos populares, reais ou potenciais, as classes dominantes empenharam-se em 'restaurações' que, em última instância, produziram importantes modificações na composição das classes e prepararam o caminho para novas transformações reais (COUTINHO, 1985, p. 109).

Em 1984 foi derrotada a emenda Dante de Oliveira, após o maior movimento de massas no Brasil, conhecido como *Diretas, já*, sendo substituída por uma negociação política que implicou a ida ao colégio eleitoral para assegurar a eleição da Aliança Democrática (Tancredo e Sarney). Se esta opção histórica possibilitou a redemocratização do país e a promulgação da Carta de 1988, implicou, entretanto, custos políticos sublimados com paciência e invenção.

> A transição brasileira, na verdade, se fez *centralizando o momento democrático*, político-institucional. [...]. Sempre foi preciso, portanto, *fazer política* em todos os níveis [...]. Alianças amplas, negociações, recuos táticos, transformações

> progressivas: as oposições democráticas só conseguiram progredir travando aquela prolongada 'guerra de posição' que exige 'qualidades excepcionais de paciência e espírito inventivo', como costumava dizer Gramsci (NOGUEIRA, 1985, p. 138).

Novas manifestações do *transformismo* verificam-se a partir da transição democrática: o *transformismo molecular* e o *transformismo de grupos radicais inteiros*. O primeiro ocorre na conjuntura da transição democrática, quando personalidades do chamado MDB autêntico passaram para o lado conservador-moderado, constituindo a Aliança Democrática, simbolizada pela chapa Tancredo-Sarney, em 1985. Nesse momento, "as personalidades políticas elaboradas pelos partidos democráticos de oposição se incorporam individualmente à 'classe política' conservadora e moderada" (GRAMSCI, 2002, p. 286).

Na conjuntura pós-constituinte o *transformismo molecular* poderia ser observado no Governo Itamar, quando alguns elementos da oposição mudaram de lado, a exemplo de FHC (sabe-se que se não fora a resistência de Mário Covas, o PSDB teria integrado o Governo Collor). Portanto, a eleição do Collor e a "era FHC", pretendendo a ruptura com a "era Vargas", possibilitaram uma coalizão de forças orientada para o mercado e "pelo projeto de 'normalização' da ordem burguesa no país" (VIANNA, 2004, p. 53). Como explica um cientista social argentino:

> Enquanto nos períodos populistas as classes hegemônicas faziam concessões aos setores populares, nos anos 90 há uma inversão desse processo, na medida em que o Estado, em nome das elites econômicas, impõe sacrifícios às classes populares, as quais consentem em favor da hegemonia burguesa (BORÓN, 1995, p. 78).

No caso do *transformismo de grupos radicais inteiros* a maior ilustração é visualizada a partir de 2003, quando Lula, o PT e seus aliados dão continuidade às políticas de FHC. Ao contrário do período populista, quando se identificava uma tentativa das classes dominantes de "incorporar no bloco de poder, em posição subalterna,

os trabalhadores assalariados urbanos, através de concessão de direitos sociais e de vantagens econômicas reais" (COUTINHO, 1985, p. 115), o período lulista revela, com maestria, a pertinência e atualidade do conceito de *revolução passiva*: "a política da Direita com homens e frases de esquerda" (GRAMSCI, 2002, p. 70).

Diante da biografia do seu personagem central e das características dos partidos que lhe deram sustentação política, tal situação constitui o exemplo mais bem acabado do *transformismo* brasileiro. Este conservar-mudando ou mudando para conservar, tal como se evidenciou no pensamento social sobre o Brasil, bem como na sua história, torna mais inteligível o próprio *processo* da RSB nas duas últimas décadas.

O movimento sanitário, ou mesmo o "partido sanitário", ainda que tentasse (e tente) vocalizar tal reforma, até o momento não dispôs de densidade política para superar a inércia nem alterar a correlação de forças no sentido de realizar, plenamente, a RSB: "um processo político para a construção de um sistema de saúde digno e democrático que pode consumir toda a nossa vida" (TEMPORÃO, 1987, p. 11).

Além da capacidade de formulação, argumentação e negociação demonstrada na sustentação desse *processo*, impõe-se a paciente mobilização e organização para enfrentar os seus impasses. Esta ponderação justifica a persistência da militância sócio-política dos intelectuais da Saúde Coletiva com tendência socialista e do Cebes, como elementos da antítese, no sentido de tensionar as distintas estratégias e, conseqüentemente, obter um *processo* e resultados menos atrasados na história real.

Nessa perspectiva, apostar na construção da consciência sanitária, avançar na intervenção sobre os determinantes sociais da saúde, difundir o projeto da RSB para a ampliação das bases político-ideológicas, recuperar a concepção de Seguridade Social e proteger o SUS dos interesses político-partidários, privados e corporativos, "blindando-o" dos retrocessos, da barganha política e da descontinuidade administrativa têm sido consideradas tarefas fundamentais para o avanço da RSB, independentemente de qualquer postura otimista. Um

dos maiores desafios colocados no presente, ao lado do financiamento estável, é como assegurar uma autonomia relativa do SUS e das políticas de saúde em relação às interferências partidárias e corporativas. Nesse particular, cabe a revisão das pautas de lutas:

> Retomar os princípios da Reforma Sanitária que não se resumiam à criação do SUS. O conceito de saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. À Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas em desenvolvimento. O conceito fundamental é o da intersetorialidade (RADIS ENTREVISTA: Sergio Arouca..., 2002, p. 18)

Mesmo como retórica, a Reforma Sanitária esteve banida nos relatórios finais das conferências nacionais de saúde de 1992 (Governo Collor), 1996 e 2000 (Governo FHC), voltando a ser mencionada apenas quatro vezes no relatório da 12ª CNS (Governo Lula). Evidentemente que este é um indicador grosseiro para aferir a relevância desse *projeto* na conjuntura pós-constituinte, podendo-se argumentar que seus conteúdos talvez estivessem contidos em análises e proposições, mesmo na ausência dessa expressão. Não é esta, porém, a impressão que se registra após a leitura exaustiva dos respectivos relatórios. Daí a conclusão de que o *projeto* da RSB só consegue ser reiterado no discurso de parte de seus intelectuais e militantes, bem como de alguns dos seus sujeitos coletivos, a exemplo do Cebes e da Abrasco.

Tematizar uma *reforma geral*, como fizeram certos intelectuais da RSB e da Saúde Coletiva, mas sem dispor dos sujeitos efetivamente constituídos para incidir sobre ela repõe, de certo modo, o velho *dilema preventivista* diante dos distintos valores atribuídos à vida humana em uma sociedade capitalista, subdesenvolvida, dependente, heterogênea, desigual, autoritária e iníqua como a brasileira.

Independentemente do ímpeto jacobino – revolucionário ou reformista – de parte dos militantes da RSB, existia e existe uma ordem social e um Estado, razoavelmente refratários a mudanças de vulto

como aquelas contidas no *projeto* da RSB. Do mesmo modo, um dos pontos de tensão do movimento sanitário diz respeito a alternativa de fortalecimento da sociedade civil, posto que por essa via "estabelece seus próprios limites, na medida em que esse fortalecimento passa pela sua representação partidária e corporativa" (ESCOREL, 1995, p. 156). Ao se buscar na política o meio mais adequado de viabilizar o *projeto* da Reforma Sanitária uma das conseqüências dessa opção corresponde a sua submissão às "manobras da política".

Nesse sentido, cabe uma justificada cautela diante da ambigüidade da categoria dos intelectuais, sobretudo quando se tornam dirigentes e assumem um protagonismo na *revolução passiva*. No entanto esse ator, mesmo como uma concepção política realista, pode ser *ativo* na *revolução passiva*, ampliando e diversificando as modificações moleculares na estrutura da correlação de forças. Nessa perspectiva, a *revolução passiva* pode se manifestar, a um mesmo tempo, em positividade e negatividade:

> Positividade em termos do processo, uma vez que, em seu curso a democratização social, por meio de avanços moleculares, se faz ampliar; negatividade, porque a ação das elites se exerce de modo a 'conservar a tese na antítese' [...] Ser fiel a si mesmo e lutar por seus objetivos não alteram por si só, uma conjuntura adversa. Pode, porém, criar condições para a consolidação de uma *alteridade* em um processo, como o de uma revolução passiva, que, por definição, somente admite a existência de *um* ator – as elites que operam o binômio conservar-mudando e que impõem à sociedade uma lógica do transformismo (VIANNA, 2004, p. 104-105).

A vitória de Lula no segundo turno das eleições presidenciais de 2006 expressa, dialética e emblematicamente, esta positividade e negatividade e, ao mesmo tempo, denota uma crise de hegemonia que se amplia para uma crise de Estado:

> Lula terá de começar a preparar o pós-lulismo: uma forma de governação de esquerda que não dependa da capacidade de um líder carismático para disfarçar com um discurso da antipolítica a incapacidade para substituir a velha política

> por uma nova. Essa política tem que ser preparada de modo consistente, e o primeiro passo é certamente a reforma do sistema político e a reforma do Estado. Só elas permitirão concretizar as políticas de justiça social, cultural e racial em que os brasileiros depositaram a sua esperança (SANTOS, 2006).

Ainda que se reconheça o Estado como espaço institucional no qual se disputam projetos da sociedade e onde se exerce a direção política e cultural, o avanço da democracia e a construção da contra-hegemonia, tal como postos pela Reforma Sanitária Brasileira, supõem a rearticulação da sociedade civil para que a política seja um campo aberto à inventividade, à emancipação e à solidariedade. Tendo em conta o Estado realmente existente no Brasil e os processos de *revolução passiva* e de *transformismo* que conformaram o desenvolvimento histórico da sociedade brasileira e condicionaram a Reforma Sanitária, a radicalização da democracia implica a ênfase na atuação da sociedade civil para o reforço da contra-hegemonia:

> Para mim, mais importante que o Estado é a sociedade, mais importante que qualquer governo á a ação da cidadania. Este é o meu credo. Entre o presidente e o cidadão, fico com o cidadão. Meu antiestatismo não tem a mesma origem do pensamento neoliberal. Sou crítico do Estado porque quero democratizá-lo radicalmente, submetê-lo radicalmente ao controle da sociedade, da cidadania. (BETINHO *apud* SEMERARO, 2001, p.6).

Este pensamento do Betinho pode ser um antídoto à perplexidade, desesperança e transformismos.

Notas

[1] Documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, de 2006 (Movimento de Repolitização do SUS, p. 4).

[2] Ver o documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, de 2006, p. 4 (Movimento de Repolitização do SUS). Ver também: A grande vitória

é que a Reforma Sanitária cria novos atores na área da saúde (RADIS ENTREVISTA: Sérgio Arrouca..., 2002, p. 19).

[3] Ver o Anexo do documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, de 2006 (Movimento de Repolitização do SUS).

[4] Entrevista de Gastão Wagner ao Radis (RADIS ENTREVISTA: Gastão Wagner..., 2005, p. 21).

[5] Ver o documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, de 2006, p. 4 (Movimento de Repolitização do SUS).

[6] Ver o documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, de 2006, p. 6-7 (Movimento de Repolitização do SUS).

[7] Ver Notícias do Planalto (CONTI, 1999, p. 336).

Comentários finais

> Na realidade, é possível prever 'cientificamente' apenas a luta, mas não os momentos concretos dela, que não podem deixar de ser resultados de forças contrastantes em contínuo movimento (GRAMSCI, 1999, p. 121).

A perspectiva de se proceder a um balanço sobre a Reforma Sanitária Brasileira, tomando como ponto de partida o pressuposto de que seria uma *promessa não cumprida* pelas forças que apostaram na transição democrática, não significa admitir que essa reforma social tenha sido encerrada nem que tenha esgotado a sua agenda política. Ao recorrer para fins de descrição e análise da RSB o ciclo *idéia-proposta-projeto-movimento-processo*, o presente estudo tomou como foco o referido *processo*, especialmente na conjuntura posterior à promulgação da Constituição de 1988 e, apesar de discutir parte das dificuldades enfrentadas pelas forças políticas e ideológicas defensoras do *projeto*, produziu evidências que apontam para o fato de que a Reforma Sanitária continua em vigência e atual.

A RSB, enquanto *projeto* de reforma social, obteve como desfecho uma *reforma parcial*, predominantemente setorial e institucional, identificada com a construção e implantação do Sistema Único de Saúde. Com base no referencial utilizado, os tipos de práxis correspondentes a *reforma parcial* tendem à manipulação político-

ideológica na medida em que apontam para mudanças, mas mantêm o *status quo* da sociedade. Equivalem ao binômio alusão-ilusão presente nas práticas ideológicas, tal como verificado no caso do "dilema preventivista", quando aludia para um dado problema (ausência de práticas de saúde contemplando aspectos preventivos e sociais) e iludia quanto à solução (mudanças de atitudes a partir da educação médica), mantendo a organização social dos serviços de saúde e uma sociedade que atribuía diferentes valores de uso e de troca à vida humana. No caso da Reforma Sanitária, alude quanto aos problemas de saúde e da organização dos serviços (decorrentes da determinação social) e ilude quanto à solução (*reforma parcial*), convivendo com iniqüidades sociais e um Estado colonizado por interesses capitalistas, patrimonialistas e corporativos.

Embora o *projeto* da RSB acenasse para uma *reforma geral* e uma *revolução do modo de vida*, distanciando-se de *movimentos revolucionários* como práxis de mudança social no período da transição democrática, os tipos de práxis acionados não corresponderam a tais propósitos. O elemento jacobino do movimento sanitário não conseguiu assegurar a hegemonia na conjuntura pós-constituinte. Se é verdade que o Cebes e a Abrasco imprimiram certa direção ideológica e cultural ao *movimento*, fundamentando os princípios e proposições do *projeto*, a condução política na conjuntura recente deslocou-se para os gestores (Conass e Conasems), parlamentares (Frente Parlamentar da Saúde) e associados (Plenária dos Conselhos de Saúde). Este efeito, como expressão da mudança de correlação de forças nacionais e internacionais, pode explicar a ênfase nas dimensões setorial, institucional e administrativa da Reforma Sanitária, representadas pelo SUS, em vez de se insistir em debilidades decorrentes da natureza reformista do *projeto*.

O caráter reformista do *projeto* e a estratégia de *guerra de posição* adotada pelo *movimento* em diversos momentos não podem ser confundidos com a *revolução passiva* e o *transformismo*. Estes conceitos parecem caracterizar muito mais o desenvolvimento da sociedade brasileira no seu conservar-mudando e mudando para

conservar do que, propriamente, o *processo* da Reforma Sanitária. Entretanto, representam uma hipótese interpretativa para as razões dos limites, ritmos e impasses da RSB, pois trazem elementos políticos e culturais identificados no pensamento social sobre o Brasil que facilitam a compreensão das especificidades da burguesia brasileira e dos seus aliados dentro e fora do Estado.

Se a *reforma geral* prometida está por se realizar, a RSB contribuiu, todavia, para a difusão da consciência do direito à saúde, vinculado à cidadania, e para a realização parcial de uma reforma democrática de Estado, sobretudo ao criar dispositivos de participação social e controle público sobre o Estado e governos (Conselhos e Conferências de Saúde), de descentralização e de pactuação das relações inter-governamentais no contexto da Federação (CIT, CIBs, Normas Operacionais e Pactos da Saúde).

O movimento sanitário tem demonstrado uma extraordinária habilidade de dialogar e negociar, inclusive no âmbito parlamentar, obtendo conquistas não desprezíveis, possivelmente superiores à força política de suas bases sociais. Essa é uma das possíveis explicações para o seu sucesso relativo, quando se compara a Reforma Sanitária com a Reforma Agrária. Ainda que a concepção de Seguridade Social inscrita na Constituição tenha sido desmontada pela legislação ordinária – formatos organizativos (Instituto Nacional de Seguro Social) e vinculação do financiamento – iniciativas recentes como a formalização da *Política Nacional de Promoção da Saúde* e a instalação da *Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde*, apontam para ações extra-setoriais passíveis de impactar sobre o estado de saúde e a qualidade de vida, bem como de viabilizar a intersetorialidade. Já a *revolução do modo de vida* continua como *promessa não cumprida* do movimento sanitário, particularmente a sua aposta emancipadora, embora possa ser traduzida, presentemente, como utopia do seu componente jacobino a partir do entendimento da RSB como um *projeto civilizatório*.

Mesmo sem concessões à conhecida *doença infantil*, cabe reconhecer que a tensão potencial, estimulada ou operada pelo

elemento jacobino no *processo* da RSB, capaz de influir na correlação de forças pode contribuir para desequilibrar o binômio revolução-restauração em benefício da primeira, conferindo desse modo um caráter mais progressista para a *revolução passiva* brasileira. A práxis derivada desse saber poderia evitar que a Reforma Sanitária tenha o mesmo destino da Reforma Agrária, fazendo avançar a *revolução passiva* mediante um processo de permanente tensão desencadeado pelo elemento jacobino.

Portanto, os *tipos de práxis* analisados e o referencial utilizado neste estudo contribuíram para a análise, compreensão, explicação e crítica do *processo* da Reforma Sanitária Brasileira. Considerando as alternativas políticas para o seu devir, pode-se admitir a *revolução passiva* como um critério para os atores sociais mudarem a direção do *transformismo*. Resta identificar os novos *príncipes modernos* capazes de fazer avançar a política, a história em ato.

Sobre a metodologia

Este estudo procurou articular os pólos epistemológico, teórico, morfológico e técnico (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE,1977).

No *pólo epistemológico* a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi concebida como fenômeno histórico e social, enquanto *idéia-proposta-movimento-projeto-processo*. Assim, foram consideradas concepções de história, Estado e sociedade (PORTANTIERO, 1983) na construção do objeto – teoria do objeto (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON,1999), admitindo-se uma "hipótese concorrente" e explicitando-se um "modelo teórico" (YIN, 2005, p. 49).

No *pólo teórico* considerou-se a noção de mudança social na análise da formação social brasileira examinando o desenvolvimento da sociedade e o papel do Estado na consolidação do capitalismo, via *revolução passiva* e *transformismo*. Desse modo, foram pensadas as lutas sociais no sentido de apreender o movimento sanitário, enquanto sujeito coletivo da RSB. Finalmente, uma reflexão sobre o Estado Brasileiro contemporâneo e identificação de parte da burocracia com o projeto da RSB fez-se necessária para compreender a pactuação obtida diante das especificidades do federalismo brasileiro.

No *pólo morfológico* apresenta-se um modelo téorico-conceitual que parte das relações entre Estado e sociedade para examinar as

dimensões institucional e societária da Reforma Sanitária em duas conjunturas: transição democrática (Geisel, Figueiredo e Sarney) e pós-constituinte (Sarney, Collor, Itamar, FHC e Lula). Em ambas as conjunturas foram examinados fatos pró e anti-RSB com seus respectivos atores, políticas de saúde e organização de serviços. As perguntas que atravessam a análise e a interpretação dizem respeito aos tipos práxis social considerados: reforma parcial, reforma geral, movimentos políticos revolucionários e revolução do modo de vida (HELLER, 1986).

O *pólo técnico* diz respeito ao desenho do estudo e às fontes, procedimentos de coleta, análise e interpretação dos dados que, articulado aos demais pólos, procura reduzir os riscos do empirismo. Procurou-se seguir os passos convencionais de uma pesquisa (BOOTH; COLOMB; WILLIAMS, 2000) e não de um ensaio, mas com certa vigilância para evitar o empirismo. Este caminho metodológico buscou fundamentar-se no marxismo enquanto corrente teórica (PAIM, 2006b). A estratégia adotada foi o *estudo de caso* na medida em que se examinam acontecimentos contemporâneos e não uma pesquisa histórica, uma vez que "a contribuição distintiva do método histórico está em lidar com o passado 'morto'" (YIN, 2005, p. 26).

A aproximação ao empírico no que se refere aos aspectos técnicos relativos à coleta, processamento, análise e interpretação dos dados utilizou como matéria prima o *discurso* expresso nos seguintes documentos: textos assinados e entrevistas publicadas de atores formuladores e implementadores da Reforma Sanitária; publicações técnico-científicas; dissertações e teses registradas no Banco da Capes; Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde, Programas de Partidos Políticos, Programas de Candidatos Presidenciais, legislação do setor etc.); *position papers* e publicações de instituições e entidades (Cebes, Abrasco, Conass, Conasems,CFM, CNS etc.);

Foram examinados dois períodos distintos: o primeiro que vai da fundação do Cebes (1976) à promulgação da Constituição da República (1988). E o segundo, contemplando a conjuntura pós-constituinte, analisou o final do governo Sarney, durante a transição

democrática (1988-1990), e os períodos Collor (1990-1992), Itamar (1993-1994), FHC (1995-2002) e Lula (2003-2006). Em cada um desses momentos procurou-se identificar os fatos produzidos em função da direcionalidade do projeto da RSB e aqueles que se colocavam como obstáculos para a sua implementação.

A primeira conjuntura, mais documentada e estudada, tomou como apoio fundamental algumas pesquisas realizadas (TEIXEIRA, 1989, GERSCHMAN, 1995, ESCOREL, 1998), exercitando um diálogo crítico com as mesmas. Além dos artigos publicados em revistas e jornais do campo da saúde no período, o estudo concentrou a sua atenção nos textos produzidos para a 8ª CNS e no seu Relatório Final. Desse modo, procurou-se verificar a evolução da *idéia* e da *proposta* que resultaram no *projeto* da RSB até a sua legitimação social e política na 8ª CNS e na Constituição.

A segunda conjuntura com uma produção mais ampla e diversificada deu prioridade à vertente acadêmica (Banco de dissertações e teses da Capes), além de livros e artigos publicados nas revistas e jornais acima mencionados. Já não tendo tantos estudos, escritos "ao calor da luta", privilegiou-se a análise de alguns textos produzidos por intelectuais orgânicos do movimento na década de noventa e no presente século, capazes de refletir sobre a realidade correspondente à implementação da RSB (FLEURY, 1992, 1995, 1997, LIMA *et al*., 2005, FALEIROS *et al*., 2006). No âmbito das políticas públicas, foram analisados os relatórios das CNS, 9ª (1992), 10ª (1996), 11ª (2000) e 12ª (2003), bem como legislação, documentos de políticas, normas operacionais, planos, programas e projetos.

Nos relatórios das CNS e editoriais do Cebes e da Abrasco foi contado o número de vezes em que aparecia a expressão Reforma Sanitária, retirando-se para análise os respectivos trechos. Nos demais textos procedia-se a uma *análise de conteúdo* para identificação de fatos e interpretações de atores. Desse modo, o *componente descritivo* considerou o ciclo *idéia-proposta-movimento-projeto-processo* para o "encadeamento de evidências" (YIN, 2005, p. 109).

Não foram realizadas entrevistas com informantes-chave. Já que a maioria dos atores sociais que conceberam a RSB foram *autores* no sentido, também, da produção intelectual, suas posições e reflexões encontram-se disponíveis em textos de diversos formatos, inclusive as de sujeitos coletivos a exemplo do Conass, Conasems, Cebes e Abrasco.

Quanto ao plano *extra-discursivo*, foram realizadas *análises de conjunturas* no período da transição democrática (1985-1988) e no período pós-constituinte, tomando como referência analítica o *enfoque histórico-estrutural* (PORTANTIERO, 1983, TEIXEIRA, 1985, GODELIER, 1989).

Referências

ABREU, C. *Capítulos da história colonial, 1500-1800*. 7. ed. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Publifolhas, 2000. 280p. (Grandes nomes do pensamento brasileiro).

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Regulação & saúde*: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro, 2002. 262 p.

AGGIO, A. A revolução passiva como hipótese interpretativa da história política latino-americana. In: AGGIO, A. *Gramsci, a vitalidade de um pensamento*. São Paulo: UNESP, 1998. p. 161-176.

ALMEIDA, C.M. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 905-925, 2002.

______. *As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição*. 1995. 2 v. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade, conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org). *Saúde e democracia*: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 163-185.

AROUCA, A.S. [Apresentação da 4ª. capa]. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco. 1989b. 232p.

______. Crise brasileira e reforma sanitária. *Divulg. Saúde Debate*, n. 4, p. 15-18, 1991.

______. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 268p.

______. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987a. p. 35-42.

______. É um avanço. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 5, p. 7, nov. 1987d.

______. Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 16, p. 6, jul. 1989a.

______. Financiamento: a polêmica em torno do fundo de seguridade social. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 4, p. 3, ago. 1987c.

______. Introdução à crítica do setor saúde. *Nêmesis,* n. 1, p. 17-24, 1975.

______. Lei orgânica da saúde. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 20, p. 7, jan. 1990.

______. Novo texto define a base para a implantação da reforma sanitária. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 13, p. 8, out. 1988a.

______. A reforma sanitária brasileira. *Radis,* n. 11, p. 2-4, nov. 1988b.

______. Reforma sanitária é irreversível. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 1, p. 2, mar. 1987b. Editorial.

______. Saúde na constituinte: a defesa da emenda popular. *Saúde Debate,* n. 20, p. 39-46, abr. 1988c.

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 285-306.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. A agenda reiterada e renovada da reforma sanitária brasileira. *Saúde Debate,* v. 26, n. 62, p. 327-331, 2002.

______. Atualizando a agenda da reforma sanitária brasileira. *Bol. Abrasco,* n. 79, out.-dez. 2000.

______. Contribuição da ABRASCO para análise do plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. In: ENSINO da saúde pública, medicina preventiva e social. Rio de Janeiro: 1983. v. 2. p. 103-107.

______. *A experiência SUDS e os desafios atuais da reforma sanitária*: contribuição da Abrasco ao processo de construção do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, 1989, 54p.

______. *Pelo direito universal à saúde*: contribuição da Abrasco para os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1985. 95 p.

______; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Em defesa da saúde dos brasileiros: carta à sociedade brasileira, aos partidos políticos, aos governos federal, estaduais, municipais e distrital, à Câmara dos Deputados

e ao Senado Federal. Rio de Janeiro, 13 de setembro de 2002. *Bol. Abrasco,* n. 85, maio ago. 2002.

______; ______; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE; REDE UNIDA; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL EM DEFESA DA SAÚDE. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade: documento em discussão com a Frente Parlamentar da Saúde. *Saúde em Debate,* v. 29, n. 71, p. 385-396, 2005.

AYRES, I.B.S.J. *Políticas e gestão em saúde no campo da saúde coletiva*: análise temática das teses e dissertações produzidas no Brasil entre 1993 a 1998. Salvador, 2000. 200 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 407-449.

BANDEIRA, M. *O governo João Goulart: as lutas sociais no Brasil, 1961-1964*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977. 186 p.

BARBOSA, P. Gestão em saúde: o desafio dos hospitais como referência para inovações em todo o sistema de saúde. FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia*: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 143-161.

BASTOS, M.V. O sistema nacional de saúde em debate. *Méd. Mod.,* n. 4, p. 30-51, 1975.

BELISÁRIO, S.A. Congresso da Abrasco: a expressão de um espaço construído. In: LIMA, N. T.; SANTANA, J.P. (Org.) *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2006. 232p.

BELMARTINO, S. Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. *Cad. Saúde Pública,* v. 18, n. 4, p. 1067-1076, 2002.

BENSAÏD, D. *Marx, o intempestivo*: grandezas e misérias de uma aventura crítica. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. 507p.

BERLINGUER, G. Medicina e política. *Saúde Debate,* n. 23, p. 62-65, 1988b.

______. [Palestra]. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 1, mar. 1987. Encarte Especial.

______. Política e saúde. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n.11, p.4, jul.-ago. 1988a.

______. ; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. *Reforma sanitária Itália e Brasil.* São Paulo: Cebes: Hucitec, 1988. 207p.

BOBBIO, N. *Os intelectuais e o poder*: dúvidas e opções dos homens de cultura na sociedade contemporânea. São Paulo: UNESP, 1997. 187p.

BODSTEIN, R.C.A. Complexidade da ordem social contemporânea e redefinição da responsabilidade pública. In: ROZENFELD, R. (Org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 63-97.

BOOTH, W.C.; COLOMB, G.G.; WILLIAMS, J.M. *A arte da pesquisa*. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 351 p.

BORÓN, A. A sociedade civil após o dilúvio neoliberal. In: SADER, E.; GENTILE, P. (Org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.C.; PASSERON, J.C. *A profissão de sociólogo*: preliminares epistemológicas. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *I Simpósio sobre política nacional de saúde*. Brasília, 1980.

______. *V Simpósio sobre política nacional de saúde*. Brasília, 1984.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Portaria n. 687, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o plano nacional de saúde - um pacto pela saúde no Brasil. *Diário Oficial da União*, n. 238, 13/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde*: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília, 1993, 67 p.

______. Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. *Anais*... Brasília, 1980a. 280 p.

______. *Política nacional de humanização* (Humaniza SUS): portal da saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br–HumanizaSUS>. Acesso em: 9 ago. 2006b.

______. Política nacional de promoção da saúde: portaria n. 687 de 30 de março de 2006. Aprova a política nacional de promoção da saúde. *Diário Oficial da União,* n. 63, 31 mar. 2006a. Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>. Acesso em: 09 ago. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília, 2006c. 76p.

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Programa nacional de serviços básicos de saúde - PREV-SAÚDE*: (anteprojeto). Brasília, 1980c. 50 p.

______; ______; BRASIL. Ministério do Interior; BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Planejamento. *Programa nacional de serviços básicos de saúde – PREV-SAÚDE*. Brasília, ago. 1980b. 141 p.

BRASIL. Presidência da República. *Plano nacional de desenvolvimento (II PND)*. Brasília, 1974. p. 61-125.

______. *Plano nacional de desenvolvimento,* 3. Brasília, 1979. 16 p.

BREILH, J. *Epidemiologia nueva: construcción intercultural de otro paradigma de la ciencia*. Salvador, 2002. 226p. Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

BRESSER PEREIRA, L.C. Controle municipal do SUS. *Medicina Conselho Federal,* n. 77, p.19, 1997.

BROCCOLI, A. *Antônio Gramsci*: la educación como hegemonia. 2. ed. México: Nueva Imagen, 1979. 212p.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais*: os pólos da prática metodológica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. 252p.

BUARQUE DE HOLANDA, S. *Visão do paraíso*: os motivos edênicos no descobrimento e colonização do Brasil. São Paulo: Brasiliense: Publifolha, 2000. 452p. (Grandes nomes do pensamento brasileiro).

BUCI-GLUCKSMANN, C. *Gramsci e o estado por uma teoria materialista da filosofia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980. 499p.

BURLANDY, L.; BODSTEIN, R.C.A. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). *Cad. Saúde Pública,* v. 14, n. 3, p. 543-554, 1998.

BUSS, P. Prefácio. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 11-13.

CAMPOS, F.E. O sistema integrado de prestação de serviços de saúde do norte de Minas como espaço de atuação acadêmica. In: FLEURY, S. (Org.). *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 219-238.

CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde Debate,* n. 37, p. 16-19, 1992.

______. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc. Saúde Coletiva,* v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

______. A reforma sanitária necessária. In: BERLINGUER, G.S.; TEIXEIRA, S.F.; CAMPOS, G.W.S. *Reforma sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec: Cebes, 1988a. p. 179-194.

______. Romance de formação de um sanitarista: um estudo de caso. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005 p. 121-150.

______. Sai Inamps, entra...? *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 32, maio 1993. Encarte Especial.

______. Tréplica: o debate necessário à construção de uma teoria sobre a reforma sanitária. *Saúde Debate,* n. 23, p. 7-12, 1988b.

______. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS In: FLEURY, S. (Org). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 113-124.

CARDOSO, F.H. *A arte da política*: a história que vivi. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. 699p.

______. *Autoritarismo e democratização*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975. 240p.

______. *O modelo político brasileiro*. São Paulo: Difusão Européia do Livro. 1973.

CARDOSO, F.H.; FALETTO, E. *Dependência e desenvolvimento na América Latina: ensaio de interpretação sociológica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. 143p. (Biblioteca de Ciências Sociais).

CARR, E.H. *O que é história*. 8a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. 189p.

CARTA de Brasília. Documento final do 8o. Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. *Medicina CFM*, n. 156, p. 12-13, ago.-out. 2005.

CARTA da 10a. Conferência Nacional de Saúde. *Bol. Cebes*, n. 39, p. 1, dez. 1996.

CARTA de Fortaleza. *Saúde Debate*, n. 48, p. 77-78, 1995.

A CARTA de Olinda. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária*, n. 8, p. 6, abr.1988.

A CARTA de Porto Alegre. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária*, n. 16, p. 3, jul. 1989. Apresentada no Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.

CARTA de Porto Alegre e de Belo Horizonte. A saúde como direito à vida. *Bol. Abrasco*, n. 46, p. 1, abr.-jun, 1992.

A CARTA de São Paulo. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária*, n. 17, p. 8, ago. 1989.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma de Estado. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia*: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-111.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Carta da saúde: por uma reforma sanitária, contra a exclusão social e pela dignidade da vida humana. *Saúde Debate*, n. 43, p. 4-9, 1994.

______. Em defesa do movimento sanitário. *Radis*, 51, nov. 2006, p.7.

______. O lugar estratégico da gestão na conquista do SUS pra valer: CEBES, 13 de junho de 2007. *Saúde Debate*, v. 29, n. 31, p. 382-384, 2005.

______. A questão democrática na área de saúde. *Saúde Debate*, n. 9, p. 11-13, jan.-mar. 1980.

______. SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade: CEBES, julho de 2006. *Saúde Debate,* v. 29, n. 31, p. 385-396, 2005.

______; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Documento complementar. *Saúde Debate,* n. 27, p. 63, p. 76-78, 2003.

______. Saúde é qualidade de vida. *Saúde Debate,* n. 36, p. 7-18, 1992.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Cebes Nacional. A crise na previdência e a assistência médica previdenciária: proposições do censo brasileiro de estudos da saúde. *Saúde Debate,* n.13, p.30-31, 1981.

______. PREV-SAÚDE. *Saúde Debate,* n. 12, p. 21-25, 1981.

CERRONI, U. *Teoría política y socialismo*. México: Era, 1976. p. 27-33.

CHORNY, A. Correção do financiamento do setor saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 169-171.

COELHO, I.B. Os impasses do SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva,* v. 12, n. 2, p. 309-311, 2007.

COHN, A.; ELIAS, P.E. Eqüidade e reformas na saúde nos anos 90. *Cad. Saúde Pública,* n. 18, p. 173-180, 2002. Suplemento.

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Carta aberta aos candidatos à Presidência. *Radis,* 49, set. 2006, p. 19.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-389.

CONILL, E.M. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. *Cad. Saúde Pública,* v.16, n. 4, p. 963-971, 2000.

CONSTITUINTE depois de um ano, a hora do voto. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 6, p. 8, fev. 1988.

CONTI, M.S. *Notícias do planalto: a imprensa e Fernando Collor*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. 719p.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e eqüidade nas reformas da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva,* v. 6, n.2, p. 319-328, 2001.

______. A participação de todos na constituição do sistema unificado de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 145-149.

______. O instituto de medicina social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis,* v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004.

______. *Sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri: Abrasco, 1991. 184p.

CORDONI JR., L. Participação social em saúde: a experiência do Paraná. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 307-311.

COUTINHO, C.N. As categorias de Gramsci e a realidade brasileira. In: COUTINHO, C.N.; NOGUEIRA M.A. (Org.). *Gramsci e a América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra 1985. p. 103-127.

______. *Gramsci*. Porto Alegre: L & PM, 1981. 232p.

______. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989 p. 47-60.

DALLARI, S.G.; FORTES, P.A.C. Direito sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: FLEURY, S. (Org). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 187-202.

DAMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 61-90.

DAVAKI, K.; MOSSIALOS, E. Plus ça change: health sector reforms in Greece. *J. Health Polit. Policy Law*, v. 30,n. 1-2, p. 143-167, 2005.

DE VOS, P.; DE CEUKELAIRE, W.; VAN DER STUYFT, P. Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's health sector reform. *Trop. Méd. Int. Health*, v. 11, n. 10, p. 1604-1612, 2006.

DIAS, H.P. Saúde como direito de todos e dever do Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 45-59.

DIMENSTEIN, G. O número que importa. *Folha de São Paulo*, 7 out. 1994. p. 1-2.

DONELAN, K. et al. The cost of health system change: public discontent in five nations: amid widely divergent systems and cultural norms of healtha care, citizens express surprisingly similar concerns about the future. *Health Affairs*, v. 18, n. 3, p. 206-16, 1999.

DONNANGELO, M. C. F. (Debatedora). Uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. In. BRASIL. Câmara dos Deputados. *Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*. Brasília: Congresso, 1980. p. 83-88.

______. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124p.

DREIFUSS, R. A. *1964: A conquista do estado: ação política, poder e golpe de classe*. Petrópolis; Rio de Janeiro: Vozes, 1981. 814p.

DROBNY, A. Impresiones de una visita a varios servicios de salud de la República Popular China. *Bol. Of. Sanit. Panam*, v.76, n.2, p.161-165, 1974.

EDITORIAL. *Bol. Abrasco,* n.17, p.1, jan-mar. 1986a.

______. *Bol. Abrasco,* n. 18, p. 1, abr.-jun. 1986b.

______. *Bol. Abrasco,* n. 21, jan.-fev. 1987a.

______. *Bol. Abrasco,* n. 25, out.-dez. 1987b.

______. *Bol. Abrasco,* n. 36, p. 2, out.-dez. 1989.

______. *Bol. Abrasco,* n. 60, jan.-mar. 1996.

EDITORIAL: deixem os municípios trabalharem! *Saúde em Debate,* n. 49/50, p. 3-4, 1995-1996.

EDITORIAL: reestructurando los sistemas de salud: una agenda para cambios. *LAC RSS - Iniciativa Reforma Sector Salud,* v. 1, n. 1, p. 1-12, 1999.

EDITORIAL: a reforma (sanitária) que queremos. *Saúde Debate,* n. 46, p. 3-4, 1995.

EDITORIAL. *Saúde Debate,* 1977a.

______. *Saúde Debate,* 1977b.

______. *Saúde Debate,* 1980.

______. *Saúde Debate,* n. 45, p. 3, 1994.

______. *Saúde Debate,* p. 1, 1995a.

______. *Saúde Debate,* p. 3, 1995b.

______. *Saúde Debate,* v. 24, n. 56, p. 3, 2000.

______. *Saúde Debate,* v. 25, n. 58, p. 3, 2001a.

______. *Saúde Debate,* v. 25, n. 59, p. 3, 2001b.

______. *Saúde Debate,* v. 26, n. 61, p. 129, 2002a.

______. *Saúde Debate,* v. 26, n. 62, p. 247, 2002b.

______. *Saúde Debate,* v. 27, n. 63, p. 3, 2003a.

______. *Saúde Debate,* v. 27, n. 64, p. 91, 2003b.

______. *Saúde Debate,* v. 27, n. 65, p. 182, 2003c.

______. *Saúde Debate,* v. 28, n. 68, p. 189, 2004.

EDITORIAL: o SUS sob ameaça. *Bol. Cebes,* n. 37, p. 1, 1995.

EM NOME de 54 mil pessoas e 167 entidades Sérgio Arouca defende emenda popular. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 5, p. 8, nov. 1987.

ESCOREL, S. Saúde e democracia, democracia e saúde. *Saúde Debate,* n. 21, p. 51-55, jun. 1988a.

______. Projeto Montes Claros: palco e bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário. In: FLEURY, S. (Org.) *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 129-164.

______. *Reviravolta da saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 206p.

______. Revirada na saúde. *Tema Radis*, n. 2, p. 5-7, nov. 1988b.

______. ; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-119.

______.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia*: história e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

EVANS, R.G; MORRIS, L.B.; MARMOR, T.R. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter, 1994. 378p.

FALEIROS, V. P. et al. *A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 297p.

FAORO, R. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. 10 ed. São Paulo: Globo; Publifolha, 2000a. 448p. 2 v. (Grandes nomes do pensamento brasileiro).

FERNANDES, F. *A revolução burguesa no Brasil*: ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. 413p.

FERNÁNDEZ SANTILLÁN, J.F. *Noberto Bobbio: o filósofo e a política*. Trad. César Benjamin. Rio de Janeiro: Contraponto, 2003.

FERRARI, A. A reforma sanitária nos estados. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária*, n. 8, p. 3, abr. 1988.

FIORI, J. L. Para uma economia política do estado brasileiro In: EM BUSCA do dissenso perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do estado. Rio de Janeiro: Insight, 1995. p. 121-161.

FONSECA, C.M.O. A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, N. T.; SANTANA, J.P. (Org.). *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2006. p. 21.

FLEURY, S. M. A análise necessária da reforma sanitária. *Saúde Debate*, n. 22, p. 25-27, 1988a.

______. Bases sociais para a reforma sanitária no Brasil. *Divulg. Saúde Debate*, n. 4, p. 8-10, 1991.

______. Democracia e saúde. In: FLEURY S. (Org.). *Saúde: coletiva? questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 9-12.

______. O dilema reformista. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 11, p. 5, jul.-ago. 1988b.

______. (Org.) *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. 262p.

______. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Ciênc. Saúde Coletiva,* v. 12, n. 2, p. 307-309, 2007.

______. (Org). *Saúde e democracia: a luta do Cebes.* São Paulo: Lemos, 1997. 324p.

FLEURY, S.; BAHIA, L; AMARANTE, P. (Org.). *Saúde em debate*: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. 232p.

FREITAS, J. Um país saudável. *Folha de São Paulo,* 11 ago. 1994. p. 1-5.

FURTADO, C. *Formação econômica do Brasil*. 27. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional: Publifolha, 2000. 276p. (Grandes nomes do pensamento brasileiro).

GADELHA, C.A.G.; TEMPORÃO, J.G. Produção farmacêutica e de imunobiológicos no Brasil: a necessidade de um novo padrão de intervenção estatal. In: FLEURY, S. (Org). *Saúde e democracia*: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 299-324.

GAKIDOU, E. et al. Evaluación del impacto de la reforma mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial. *Salud Pública Mex.,* n. 49, 88-109, 2007. Suppl.

GALLO, E. *Razão e planejamento: algumas indicações críticas para uma práxis emancipadora*. 1991. 141p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

______. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. 154p.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. (Org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 91-118.

GAMARSKI, R. *Os sistemas de informação em vigilância sanitária: evolução no período de 2000 a 2005 no Brasil*. 2006. 42p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

GASPARI, E. *A ditadura encurralada*. São Paulo: Companhia de Letras, 2004. 525p.

GERSCHMANN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 189p.

______. *Democracia social e atores políticos: um estudo da reforma sanitária brasileira*. 1994. 350p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas.

______. Sobre a formulação de políticas sociais. In: TEIXEIRA, S. (Org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 119-138.

______.; VIANA, A.L. D'Á. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 307-351.

GODELIER. O marxismo e as ciências do homem. In: HOBSBAWM, E.J. *História do marxismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. v. 11, p. 359-387.

GOHN, M.G. *Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2004. 383p.

GOLDBAUM, M.; BARATA, R.B. O feito por fazer. In: LIMA, N. T.; SANTANA, J.P. (Org.) *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2006. p. 79-112.

GOULART, F.A.A. A organização dos serviços no sistema unificado e descentralizado de saúde - SUDS: a visão do município. *Saúde Debate*, n. 20, p. 61-64, abr. 1988.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. v. 1.

______. ______. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000a. v. 2.

______. ______. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000b. v. 3.

______. ______. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. v. 4.

______. ______. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. v. 5.

______. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966. p. 91-139.

______. *Cultura y literatura*. Barcelona: Península, 1977. p. 27-84.

______. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976. 444p.

GRUPPI, L. *O conceito de hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 143 p.

______. *O pensamento de Lênin*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 308p.

______. *Tudo começou com Maquiavel*: as concepções do Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. Porto Alegre: L&PM, 1981. 93 p.

GRYNSZPANM, W. *Políticas sociais e hegemonia: um estudo sobre o processo de formulação da proposta de reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005. 120p. (Administração).

GUIMARÃES, R.. Ciência, tecnologia e inovação: um paradoxo na reforma sanitária: In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 235-256.

HABERMAS, J. *La reconstrucción del materialismo histórico*. Madrid: Taurus, 1986. p.131-180.

______. Relaciones con el mundo y aspectos de la racionalidad de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción. In: HABERMAS, J. *Teoria de la acción comunicativa I*. Madrid: Taurus, 1987. p. 110-146.

______. *Teoria e praxis: estudios de filosofía social*. 2. ed. Madrid: Tecnos, 1990. 439p.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970. p. 17-41.

______. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península, 1986. 182p.

HERBERT, T. La práctica teórica y las ciencias sociales. In: VERON, E. *El proceso ideológico*. 3. ed. Buenos Aires: Tiempo Contemporánea, 1976. p. 197-223.

HERNÁNDEZ, M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 991-1001, 2002.

HOBSBAWM, E.J. *Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991*. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 598p.

______. O marxismo hoje: um balanço aberto. In: HOBSBAWM, E. J. *História do marxismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. v.11, . p. 13-66.

IANNI, O. *Pensamento social no Brasil*. Bauru (SP): EDUSC, 2004. 366p.

INFANTE, A.; MATA. I. LA; LÓPEZ-ACUÑA, D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev. Panam. Salud Pública*, v. 8, n. 1-2, p. 13-20, 2000.

ÍÑIGUEZ, L. (Coord). *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

JÁ COMEÇOU! *Proposta Jornal da Reforma Sanitária*, n. 4, p. 1, mar. 1987.

JACOBI, P. *Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde: São Paulo, 1974-1984*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993. 174p.

JASSO-AGUILAR, R.; WAITZKIN, H.; LANDWEHR, A. Multinational corporations and health care in the United States and Latin America: strategies, actions, and effects. *J. Health Soc. Behav.*, n. 45, p. 136-157, 2004. Suppl.

JATENE, A.D. Reformulação do sistema nacional de saúde: algumas considerações. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 129-132.

JORGE, E. Experiência constituinte e implicações no município de São Paulo. *Divulgação Saúde Debate*, n. 4, p. 11-14, 1991.

JUSTO, G. Santas Casas se incorporam ao projeto. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária*, n. 1, p. 8, mar. 1987.

KALLSCHEUER, O. Marxismo e teoria do conhecimento. In: HOBSBAWM, E.J. *História do marxismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. v. 12, . p. 13-101.

KRÜGER, T.R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde. *Planej. Pol. Públicas*, n. 22, p. 119-144, 2000.

LABRA, E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

LABRA, E. La reinvención neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 1041-1052, 2002.

LANGIANO, T.; MARTIN, S.J. Quality improvement measures adopted by the Italian National Health Service. *Int. J. Artif. Organs*, v. 2, n. 11, p. 726-729, 1998.

LEVCOVITZ, E. et al. *Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. Brasília: OPAS, 2003. 74p. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 2).

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIGHT, D.W. Universal health care: lessons from British experience. *Am. J. Public Health*, v. 93, n. 1, p. 25-30, 2003.

LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 502p.

______. ; FONSECA, C.M.O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

______.; SANTANA, J.P. (Org.). *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 2006. 232p.

LISSÍTSINE, IU; BATÍGUINE, K. *A proteção da saúde e a previdência social na URSS*. Moscovo: Progresso, 1980. 310p.

LOBATO, L.V.C. *Corporação médica e reforma sanitária*. 1994. 280p. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

______. Estrutura e relações de poder. In: FLEURY, S. (Org.) *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 81-100.

______. *Reforma sanitária e reorganização de sistema de serviços de saúde*: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

LOUREIRO, S. Reforma resgata dívida social. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária*, n. 1, p. 12, mar. 1987.

LUCHESI, G. Burocracia e política de saúde: arena ou ator? In: TEIXEIRA, S. (Org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 157-179.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295 p.

MACCIOCCHI, M.A. *A favor de Gramsci*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. 301p.

MACHADO, F.A. A organização dos serviços no projeto Montes Claros. In: FLEURY, S. (Org.) *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 207-218.

______. Participação social em saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.299-305.

MACHADO , M.H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 257-281.

MARQUES, R.M.; MÉDICI, A.C. O que há de social no fundo de emergência? *Folha de São Paulo*, 9 jul. 1994. p. 2.

MARX, K. Introdução [à crítica da economia política]. In: MARX, K. *Os pensadores*. São Paulo: Nova Cultural, 1996. p. 25-54.

MASSON, L.F.T. *O especialista em regulação e vigilância sanitária: competências técnicas e comportamentais*. 2007. 171p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MATUS, C. O processo de produção social. In: MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1997. p. 99-134.

MAYNARD, A.; BLOOR, K. Universal coverage and cost control: the United Kingdom National Health Service. *J. Health Hum. Serv Adm.*, v. 20, n. 4, p. 423-441, 1998.

MÉDICI, A.C.; SILVA, P.L.B. Alternativas do financiamento da atenção à saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 173-220.

MELO, H. G. de. Novas diretrizes para o financiamento do setor saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 221-225.

MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

______. A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: OPS. *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília, 1993. p. 7-19. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10).

______. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 144p. t. 1.

______. Reordenamento do sistema nacional de saúde: visão geral. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 265-297.

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Medicina e história: raizes sociais do trabalho médico*. 1979. 209p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

______. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR, 1992. 53p. (Cadernos CEFOR Textos, 1).

______. O processo tecnológico do trabalho em saúde. *Divulg. Saúde Debate*, n. 4, p. 97-102, 1991.

______. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1994. 278 p. (Saúde em Debate, 76).

MENDONÇA, A.C.O. et al. Políticas de saúde do governo Lula: avaliação dos primeiros meses de gestão. *Saúde Debate*, v. 29, n. 70, p. 109-124, 2005.

MERHY, E.E. Em busca de um tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar, 1997. p. 71-112.

______.; CECILIO, L.C.O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde Debate*, n. 33, p. 83-89, 1991.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. 269p.

______. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 7-19. 2001.

MIRANDA, A. S. *Análise estratégica do processo decisório na comissão intergestores tripartite do sistema único de saúde*. 2003. 229p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MISOCZKY, M.C. *O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988*: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Dacasa, 2002. 191p.

MITJAVILA, M.; FERNÁNDEZ, J.; MOREIRA, C. Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: redefinición del Welfare State? *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 1103-1120. 2002.

MOBILIZAÇÃO para defender a saúde. *Jornal CONASEMS*, n. 20, p. 3, mar. 1995.

MUNTANER, C; SALAZAR, R.M.; RUEDA, S.; ARMADA, F. Challenging the neoliberal trend: the Venezuelan care reform alternative. *Can. J. Public Health*, v. 97, n. 6, p. 119-124, 2006.

NAVARRO, V. Classe social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Textos de apoio*: ciências sociais 1. Rio de Janeiro, 1983. p. 81-161.

NORONHA, A. B. 12ª CNS: mudando para melhorar. *Radis*, n. 15, p. 10, 2003.

NOGUEIRA, M.A. Gramsci, a questão democrática e a esquerda no Brasil. In: COUTINHO, C.N.; NOGUEIRA M.A. (Org.). *Gramsci e a América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. p. 130-132.

______. Gramsci e os desafios de uma política democrática de esquerda. In: AGGIO, A. *Gramsci, a vitalidade de um pensamento*. São Paulo: UNESP, 1998. p. 65-102.

NOVAES, R.L. Do biológico e do social: um pequeno balanço. In: FLEURY, S. (Org). *Saúde e democracia*: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 205-225.

OFFE, C. *Problemas estruturais do estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. 386p.

OLIVEIRA, F. de. *O ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2003. 150p.

______. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: OILVEIRA, F.; PAOLI, M.C. (Org.). *Os sentidos da democracia*: políticas do dissenso e a hegemonia global. Petrópolis (R.J): Vozes; Brasília: NEDIC, 1999. p. 55-81.

OLIVEIRA, J.A. Reformas e reformismo: “democracia progressiva” e políticas sociais (ou para uma teoria política da reforma sanitária). *Cad. Saúde Pública*, v. 3, n. 4, p. 360-387. 1987.

______. Para uma teoria da reforma sanitária: “democracia progressiva” e políticas sociais. *Saúde Debate*, n. 20, p. 85-93, abr. 1988.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe*: reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas. Washington, D.C., 2001. 183p.

OSELKA, G. Conselhos federais também querem mudanças. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária*, n. 2, p. 7, abr. 1987.

PAIM, J.S. Ações integradas de saúde: por que não dois passos atrás. *Cad. Saúde Pública*, v. 2, n. 2, p. 167-183, abr.-jun. 1986a.

______. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia*: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 22.

______. Contribuições do marxismo para a reforma sanitária brasileira (RSB). In: PEREIRA, M.F.; SILVA, M.D.F. (Org.). *Recortes do pensamento marxista em saúde*. Brasília: Dreams, 2006a. p. 29-41.

______. A crise do planejamento autoritário em saúde. *Rev. Assoc. Psiquiátr*. Bahia, n. 4, p. 52-61, 1981.

______. A democratização da saúde e o SUDS: o caso da Bahia. *Saúde Debate*, n. 21, p. 39-44, jun. 1988.

______. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006b. 153p.

______. Do “dilema preventivista” à saúde coletiva. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista*: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003a. p. 151-156.

______. Direito à saúde, cidadania e estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 45-59.

______. Educación médica en la década de 1990: el optismo no basta. *Educ. Med. Salud*, v. 25, n. 1, p. 48-57, 1991b.

______. Nascimento e paixão de uma política de saúde. *Saúde Debate*, n. 27, p.5-11, 1989.

______. O pensamento do movimento sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. In: HEIMANN, L.S; IBANHEZ, L.C; BARBOZA, R. (Org.). *O público e o privado na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 11-126.

______. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Saúde Debate*, n. 15-16, p. 8-15, 1984.

______. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003b. p. 587-603.

______. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993a. p. 455-466.

______. A reforma sanitária e a municipalização. *Rev. Saúde Soc.,* v. 2, n. 1, p. 29-48, 1992.

______. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário*: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993b. p. 187-220.

______. *Saúde, crise e reformas*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986b. 245p. (Coleção Monográfica Reitor Miguel Calmon, 2).

______. *Saúde política e reforma sanitária*. Salvador: Centro de Estudos e Projeto de Saúde: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. 447p.

______. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade? *Divulg. Saúde Debate,* n. 14, p. 59-65, 1996.

______. A universidade e a reforma sanitária. *Divulg. Saúde Debate,* n. 4, p. 108-116, 1991a.

______. Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org). *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003c. p. 161-174.

______.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública,* v. 40, p. 73-78, 2006. Número Especial.

PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO. A reforma sanitária na perspectiva do socialismo: a proposta política do PCB. *Saúde Debate,* n. 20, p. 75-78, abr. 1988.

PASCHE, D.F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva,* v. 12, n. 2, p. 312-314, 2007.

PEGO, R.A.; ALMEIDA, C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cad. Saúde Pública,* v. 18, n. 4, p. 971-989, 2002.

PEREIRA FILHO, C.E.F. A política pública como caixa de pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira, 1985-1989. 1994. 166p. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

PINHEIRO, L.U. Embates políticos e a implantação da reforma sanitária na Bahia. *Divulg. Saúde Debate*, n. 4, p. 43-48, 1991.

PINHEIRO, M.C.C.M. *Do SUS ao SUS inexistente*: a metamorfose da utopia. 2003. 237p. Tese (Doutorado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PINTO, V.G. Financiamento do setor saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 319-325.

PORTANTIERO, J.C. *Los usos de Gramsci*. México: Folios, 1983. 197p.

PORTELLI, H. *Gramsci e o bloco histórico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. p. 119.

POSSAS, C. de A. Descentralização e democratização do sistema de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 235-252.

POULANTZAS, N. *O estado, o poder e o socialismo. R*io de Janeiro: Graal, 1980. 307 p.

______. *Poder político e classes sociais*. São Paulo: Martins Fontes, 1977. 354p.

PRADO JÚNIOR, C. *Formação do Brasil contemporâneo*: colônia. São Paulo: Brasiliense: Publifolha, 2000. 408p. (Grandes nomes do pensamento brasileiro).

PRESTES, A.L. *A coluna Prestes*. São Paulo: Brasiliense, 1991. 498p.

PROPOSTA. *Jornal da Reforma Sanitária*, n. 1, p. 3 -5, mar. 1987a.

PROPOSTA. *Jornal da Reforma Sanitária*, n.2, abr. 1987b.

______. *Jornal da Reforma Sanitári*a, n. 4, ago. 1987c. Encarte Especial.

______. *Jornal da Reforma Sanitári*a, n. 5, p. 6-7, nov. 1987d.

______. *Jornal da Reforma Sanitári*a, n. 6, p. 3-5, fev. 1988.

______. *Jornal da Reforma Sanitári*a, n. 7, p. 3-5, mar. 1988.

______. *Jornal da Reforma Sanitári*a, n. 8, p. 3-5, abr. 1988.

______. *Jornal da Reforma Sanitári*a, n. 17, p. 1, jul. 1989.

RADIS ENTREVISTA: Sérgio Arouca, o eterno guru da reforma sanitária. *Radis*, n. 3, out. 2002.

______. Gastão Wagner de Sousa Campos: "É preciso fazer a reforma da reforma do SUS e dar fim aos desmandos". *Radis*, n. 33, maio 2005, p. 19-21.

REFORMA da Previdência ou desmonte da seguridade social? *Bol. Abrasco*, n. 55, jan.-mar. 1995.

RIBEIRO, D. *Teoria do Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975. 200p. v. 4 Estudos de antropologia da civilização, livro 1 Os brasileiros.

______. *Aos trancos e barrancos: como o Brasil deu no que deu*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1985.

RIVAS-LORIA, P. et al. *Perfis dos sistemas de saúde: orientações metodológicas*: monitoramento e análise dos processos de mudança/ reforma dos sistemas de saúde. Washington D.C.: [S.n], 2006. 93p. (Edição especial, 18).

RODRIGUES, P.H.A. *Do triunfalismo à burocratização*: a despolitização da reforma sanitária brasileira. 1999. 109p. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RODRIGUEZ NETO, E. [Discurso apresentado na reunião da Abrasco em Cachoeira-Bahia]. *Saúde Debate,* n. 20, p. 33-38, abr. 1988.

______. Esse anteprojeto contempla as questões essenciais para uma efetiva Reforma Sanitária. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 1, jun. 1987a, Encarte Especial 1.

______. Reordenamento do sistema nacional de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987b. p. 253-263.

______. *Saúde*: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 260p.

______. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e democracia*: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 63-91.

ROEMER, M. I. *National strategies for health care organization*: a world overview. Michigan: Health Administration Press Ann Arbor, 1985. 426p.

ROJAS OCHOA, F.; LÓPEZ SERRANO, E. *Revolución social y reforma sanitaria*: Cuba en la década de los 60. Washington, D.C.: OPS, 2000. 38p.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980, 401p.

SANTOS, B.S. *A crítica da razão indolente*: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

______. Lula e a esquerda. *Folha de São Paulo,* 22 nov. 2006. Tendências e Debates. p. A-3.

SANTOS, L. O poder regulamentador do estado sobre as ações e serviços de saúde. In: FLEURY, S. (Org). *Saúde e democracia*: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 241-279.

SANTOS, L.A.C.; FARIA, L.R. *A reforma sanitária no Brasil*: ecos da primeira república. Bragança Paulista: EDUSP, 2003. 204p.

SANTOS, N.R. Descentralização e municipalização. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 312-317.

SANTOS, R.C.N. A história do projeto Montes Claros. In: FLEURY, S. (Org.). *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 21-60.

SARAIVA FELIPE, J. MPAS: o vilão da reforma sanitária? *Saúde Debate,* n. 20, p. 65-73, abr. 1988.

SCALCO, E. Sistema único de saúde: compromisso a saldar. *Saúde Debate,* n. 20, p. 47-48, abr. 1988.

SCHRAIBER, L.B.; MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org). *Saúde e democracia*: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 281-297.

______.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Saúde do adulto*: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996a. p. 29-47.

______.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Saúde do adulto*: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996b. 290p.

SCHRAMM, F.R. Da bioética "privada" à bioética "pública". In: Fleury, S. (Org). *Saúde e democracia*: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 227-240.

SECRETÁRIOS de saúde de todo país apóiam a reforma sanitária. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 3, jun. 1987. Encarte Especial 2.

SEMERARO, G. *Gramsci e a sociedade civil*: cultura e educação para a democracia. 2. ed. Petrópolis (RJ): Vozes. 2001, 279p.

SILVA, G.R.S. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo,* v. 28, n. 2, p. 31-35, 1973.

SILVA, H. *O governo Geisel, 1974-1978*. São Paulo: Três, 1979 218p. (História da República Brasileira).

SIMIONATTO, I. O social e o político no pensamento de Gramsci. In: AGGIO, A. *Gramsci, a vitalidade de um pensamento*. São Paulo: UNESP, 1998. p. 37-64.

SOARES, L.T.R. *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. 365p.

SODRÉ, N.W. *Síntese de história da cultura brasileira*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977. 136p.

SOUSA, S.M.P.S. A reforma sanitária no Maranhão: mudança e conservação no processo de organização e de gerenciamento dos serviços de saúde. 1996. 188p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

SOUSA JÚNIOR, J.G. A construção social da cidadania. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 61-67.

SOUTO, A.C. *Processo de gestão na agência nacional de vigilância sanitária*. 2007. 140p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

______. *Saúde e política*: a vigilância sanitária no Brasil, 1976-1994. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos,2004. 227p.

SOUZA, J.A.H. O Sistema unificado de saúde como instrumento de garantia de universalização e eqüidade. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 141-144.

SOUZA, L.E. et al. Comparación del desempeño de los diferentes sistemas de salud de los países de la OCDE y de AL. In: CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. *Entendiendo las transformaciones de los sistemas de salud*: una perspectiva canadiense. Montréal: Universitté de Montréal, 2002. p. 87-110.

SOUZA, M.F.M.; KALICHMAN, A. O. Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In: ROUQUAYROL, M.Z. (Org.). *Epidemiologia & saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 467-476.

SOUZA, W. da S. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde na reforma sanitária brasileira: itinerário de uma comunidade epistêmica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA: O SUJEITO DA SAÚDE COLETIVA, 6., Salvador, 2000. *Anais*... Salvador: Abrasco, 2000.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: revendo a trajetória. *Radis*, 2001, p. 38.

TEIXEIRA, C.F.; MELO, C. (Org.). *Construindo distritos sanitários*. A experiência da cooperação italiana no município de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Salvador: Cooperação Italiana em Saúde, 1995. 107p.

______.; PAIM, J.S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde Debate*, v. 29, n. 31, p. 268-283, 2005.

______.; SOLLA, J.P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 451-479.

TEIXEIRA, S. (Coord). *Antecedentes da reforma sanitária*: textos de apoio. Rio de Janeiro: ENSP-PEC, 1988. 70p.

TEIXEIRA, S. Cidadania, direitos sociais e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987a. p. 91-112.

TEIXEIRA, S. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E.D. (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina*: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985. p. 87-109.

TEIXEIRA, S. O dilema da reforma sanitária brasileira. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.M.F.; CAMPOS, G.W.S. *Reforma sanitária Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec:Cebes, 1988. p. 195-207.

TEIXEIRA, S. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco. 1989b. p. 17-46.

TEIXEIRA, S. Reforma sanitária é o único projeto de mudanças nascido da sociedade. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 3, jun. 1987b. Encarte Especial 1.

TEIXEIRA, S. (Org.). *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989a. 232p.

TEMPORÃO, J.G. Problemas devem ser discutidos desde já. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária,* n. 1, p. 11, mar. 1987.

TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud (segunda parte). *Cadernos Médicos Sociais,* n. 39, p. 3-28, 1987.

______. *Pensamento estratégico e lógica de programação*: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 15-103.

______. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas: Abrasco, 1992. 226p.

______. *Saber en salud*: la construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar, 1997.

TOGLIATTI, P. *Antônio Gramsci*. Lisboa: Seara Nova, 1975. 294p.

VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para a sua aplicação no campo da saúde. In: TEIXEIRA, S. (Org.). *Reforma sanitária*: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 139-156.

______. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde*: coletiva? questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 157-173.

VAN STRALEN, C.J. Do Projeto de Montes Claros para o sistema único de saúde: o hiato entre ideologia e realizações práticas. FLEURY, S. (Org.) *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 165-191.

VASCONCELOS, C.M. *Atores e interesses na implementação da Reforma Sanitária no Rio Grande do Norte.* 1997, 200p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

VASCONCELOS, F. Vontade política ainda esbarra no 'coronelismo'. *Proposta Jornal da Reforma Sanitária*, n. 7, p. 5, mar. 1988.

VIANNA, L.W. Caminhos e descaminhos da revolução passiva brasileira. In: AGGIO, A. *Gramsci, a vitalidade de um pensamento*. São Paulo: UNESP, 1998. p. 185-201.

______. *A revolução passiva*: iberismo e americanismo no Brasil. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Revan, 2004. 242p.

WEIL, T.P. Lessons from abroad on health care reform: universal access and cost constraint work in Canada and in Germany. *Health Progr.*, v. 74, n. 6, p. 74-78, 1993.

WESTIN, R. Brecha na lei tira R$ 9 bi da saúde: união, estados e municípios deixam de aplicar anualmente na saúde pública o mínimo exigido pela Constituição. *Estado de São Paulo*, 28 nov. 2005.

WILD, C.; GIBIS, B. Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands, and Austria. *Health Policy*, v. 63, n. 2, p. 187-96, 2003.

WONG, V.C.; CHIU, S.W. Health-care reforms en the people's Republic of China - strategies and social implications. *J. Manag. Méd.*, v. 12, n. 4-5, p. 270-286, 1998.

YIN, R.K. *Estudo de caso*: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

YUNES, J. Participação social em saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília. *Anais*... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 133-139.

Neste livro sobre a Reforma Sanitária Brasileira, Jairnilson Paim, um dos mais reconhecidos intelectuais da saúde coletiva, se propõe a contribuir para a compreensão e crítica deste processo de transformação, percorrendo as três últimas décadas da história de mudança social e institucional no campo da política de saúde. Ao se colocar como um intelectual orgânico, profundamente vinculado às lutas e organizações que conformaram este campo da prática política onde se constrói a democracia brasileira, o autor não deixa margem a dúvidas sobre seus compromissos e sua paixão em torno a um projeto político que tem arrebatado uma geração de militantes do Movimento Sanitário. No entanto, tais compromissos não obscurecem sua capacidade de análise, respaldada em sólidas categorias e em uma extensa pesquisa documental.
Ao iniciar sua análise desta trajetória com a criação do Cebes e fechar o período com a constatação de que é necessário radicalizar a democracia para resgatar o elemento jacobino da Reforma Sanitária Brasileira, o autor destaca, na conjuntura atual, a pertinência do processo de "refundação" do Cebes, que, não por acaso, se soma a iniciativas como a deste livro, que nos permitem pensar criticamente nossa prática social.

Sonia Fleury
Doutora em Ciência Política, Professora Titular da EBAPE/FGV e Presidente do Cebes.

ISBN 978-85-232-0529-4
9788523205294